Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

San Juan de Pasto, noviembre de 2024.

Honorable:

JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN (R)

E.S.D.

Referencia:	Subsanación Libelo demandatorio.
Proceso:	Ordinario Laboral - Culpa Patronal De Primera Instancia.
Radicado:	**19001-31-05-001-2024- 00287**
Demandante:	Anna Cristina Quiroz Rosero
Demandado:	Bancamía – Axa Colpatria.

BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.294.986 expedida en Pasto (N), portador de tarjeta profesional de abogado No. 285.615 del C.S de la J. togado del derecho debidamente inscrito en la plataforma nacional de abogados a través de la dirección de correo electrónico bryanjati7@gmail.com, quien actúa en la presente oportunidad en nombre y representación de la señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO**, persona mayor de edad, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No.1.085.897.930 expedido en Pasto, por medio del presente escrito de la manera más comedida y respetuosa con fundamento en la Constitución, la Ley, jurisprudencia y demás normas jurídicas aplicables, formulo por ante su Despacho, **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA** en consideración a la CULPA PATRONAL que sobrevino de la negligencia endilgada al demandado en contra de BANCO DE LAS MICROFINANZAS, S.A. - BANCAMIA, y en contra de la asegura de riesgos laborales AXA COLPATRIA, quien se identifica con NIT 860.002.183. Lo anterior para que mediante sentencia se

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

profieran las condenas más adelante solicitadas, fundamentadas en los hechos y normas a continuación relacionados:

HECHOS

PRIMERO: Mi mandante la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, ha venido laborando en favor de la entidad BANCAMIA desde el día 16 de septiembre del año 2013, a través de un contrato individual de trabajo determinado a término indefinido, mismo que continúa vigente desde hace nueve años y 10 meses, desempeñando el cargo de ejecutivo de desarrollo productivo.

SEGUNDO: La labor ejecutada por mi mandante se desarrolló inicialmente en la ciudad de Ipiales (N), lugar en donde ejerció el cargo ejecutivo durante aproximadamente seis años, destacándose por el cumplimiento de las metas asignadas y su compromiso con su labor.

TERCERO: En el mes de octubre de 2020, mi mandante solicitó a su empleador ser trasladada a la ciudad de Popayán. Lo anterior, en consideración a que su hija presenta un cuadro de sinusitis crónica. Por tanto, su médico tratante (Pediatra) aconsejó a mi mandante cambiar el clima de su núcleo familiar a fin de que su hija mejore su estado de salud.

CUARTO: Accediendo a la solicitud referida, la entidad BANCAMIA solicitó a mi mandante presentarse en la oficina de Popayán Norte, asignándole dentro de sus funciones, la gestión de cartera del municipio de SILVIA CAUCA.

QUINTO: Desde el mismo momento en que mi representada ingresó a laborar en su nuevo sitio de trabajo, se presentó una persecución en su contra, acompañada de maltratos verbales y hostigamientos. Pues, las labores que desempeñaba requerían de mucho tiempo, repartido entre recorridos y

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

actividades propias del cargo, acumulado con la directriz emitida por la coordinación de la entidad bancaria para la ejecución de créditos y cartera, situación que dificultaba el culminar con el recorrido programado, presentándose insultos y frases despectivas por parte de su empleador por su retardo.

SEXTO: Cabe aclarar que en todo momento mi defendida se dirigió con respeto ante el gerente y el coordinador de su entidad empleadora, con el fin de que se le permitiera realizar todo el recorrido tanto de colocación como de cobranza para así poder aprovechar mucho más el tiempo en las mañanas y en horas de la tarde ingresar lo recolectado, teniendo en cuenta que el recorrido de Popayán a Silvia Cauca es de aproximadamente de una hora.

SEPTIMO: La situación se agudizó con la reactivación económica que se presentó con posterioridad a la pandemia, pues uno de los compañeros de mi prohijada, a quien se le había asignado la gestión de cartera de la zona centro de Popayán, presentó su renuncia. Por tanto, la señora Quiroz fue reasignada a dicha plaza, con tal infortunio que se presentaron afectaciones y retardos, debido al fuerte impacto sobreviniente del Covid19, pues la mayoría de ciudadanos atravesaba una situación crítica generando discordia, gritos y malos tratos hacia mi mandante por parte de su superior.

OCTAVO: En atención a lo acontecido, el señor LUIS FELIPE RAMOS, quien se desempeña como GERENTE DEL BANCO BANCAMIA SEDE DE POPAYÁN NORTE, empieza a realizar comentarios despectivos, irrespetuosos e inherentes en contra de mi prohijada, acompañados con gritos utilizando frases como "usted no sirve", "usted nunca va hacer como sus compañeros " , "usted no puede" , "no sé qué voy hacer con usted" , "usted es lo peor "

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

. Así mismo mi mandante recibió maltrato verbal por parte de la señora ROBINSON CRUZ (gerente zonal) cuando manifestaba en múltiples reuniones "para que trasladar a una persona que no sirve y nunca cumple con su trabajo".

NOVENO: Adicionalmente, comenzó a presentarse una obstrucción injustificada para el cumplimiento de las labores desplegadas por mi mandante, ya que a la hora de aprobar los créditos producto de la gestión comercial mi representada era objeto de burlas, comentarios y críticas, por parte de sus superiores, lo cual provocaba que algunos créditos no fueran aprobados sin razones justificables, cabe aclarar que dichos créditos estaban avalados por la política de aprobación de créditos.

DECIMO: La situación se agudizó en el mes de mayo de 2021, ya que el señor CARLOS EIDER BASANTE, quien para aquel entonces se desempeñaba como coordinador de la oficina de talento humano de BANCAMIA, comenzó a maltratar psicológicamente a mi prohijada, manifestando en todo momento frases como: "Sabe Cristina, ya se lo que pasa, la zona no es la mala, la mala es usted y siempre ha sido lo mismo al igual que en todas las zonas que usted ha manejado". Cabe traer a colación que el ciudadano en mención le solicitaba a mi mandante un informe diario y detallado, vía email, dirigido a la jefe de zona la señora ANGELA MARIA RIUZ, sobre todas las actividades realizadas en el día a día y anexando soportes de las mismas, en donde se relacionaba la hora de entrada, actividades rutinarias propias del cargo tales como gestión telefónica de cobro, gestión comercial a clientes potenciales de crédito, señalando hora detallada de todas y cada una de las visitas presenciales a clientes que se realizaban en el día, también se debía anexar el nombre del cliente y teléfono del mismo, dicho informe era obligación enviarlo al final del día. Situación exigida por el funcionario

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

únicamente a mi mandante, bajo el argumento de que su rendimiento era bajo.

DÉCIMO PRIMERO: Consecuentemente, el día 17 de abril de 2021, el funcionario CARLOS BASANTE (superior jerárquico de mi mandante), invita a mi mandante a tomar un café, aprovechando la conversación, para manifestarle: "CRISTINA, yo quería comentarle que sus compañeros me comentan que a usted no la miran bien, parece que esta triste, confié en mi cuénteme que le ocurre, yo la entiendo y se lo que es estar en esa situación porque yo también pase por lo mismo". Sintiendo al fin consuelo frente a la persecución que hace meses se presentaba, mi mandante decide manifestar a su superior en medio de lágrimas que no soportaba más el trato de sus compañeros ya que dicha situación la estaba llevando a un cuadro de depresión y ansiedad, refiriendo no sentirse bien. Esta confesión sirvió al señor CARLOS BASANTE, para ridiculizar una vez más a mi prohijada, manifestando en una reunión general en compañía del gerente del banco "si algún ejecutivo ya no quiere trabajar y saca excusas, informe para ayudarlos a salir con dinero".

DÉCIMO SEGUNDO: La persecución ejecutada por parte de los funcionarios de la entidad BANCAMIA en contra de mi representada fue tan aguda que, en medio de una crisis, existió una conducta con tendencia suicida, situación que motivó al médico encargado del tratamiento de la señora QUIROZ a conceder un periodo de incapacidad relacionado al estrés laboral y el constante acoso sufrido. En medio de la coyuntura emocional, mi prohijada recibe una llamada de su superior CARLOS EIDER BASANTE, quien manifiesta lo siguiente: "se habló con el gerente zonal acerca de mi caso, el gerente de zona expresó que de parte del banco no hay ninguna ayuda a gente que finge su situación, si quiere salir renuncie, que más importante es la familia y su salud, de una vez le informo que si lo que quiere

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

es plata, el banco no tiene plata para andar regalando a nadie". Esta manifestación se volvió cotidiana y constante, pues el SEÑOR CARLOS BASANTE le reiteraba a mi mandante insistentemente que renuncie que primero está su salud y su familia. Ocasionando mucha presión, lo cual generaba mayor inestabilidad emocional.

DÉCIMO TERCERO: Culminado el periodo inicial de incapacidad concedido en favor de mi mandante, el constreñimiento se intensificó, pues sus superiores jerárquicos convocan a una reunión extraordinaria en presencia del gerente de la entidad bancaria, manifestando ante él "usted no sirve" "los resultados obtenidos no están bien, es mejor que renuncie voluntariamente antes que despedirla". Adicionalmente, los compañeros de trabajo junto al señor CARLOS BASTANTE se burlaron de mi mandante, expresando lo siguiente: "Se hace la estresaba por no trabajar que ni pida permiso, capaz que se atreve a pedir beneficios que no merece."

DÉCIMO CUARTO: En el mes de junio de 2021 mi mandante queda en estado de embarazo, motivo por el cual, se generan una serie de recomendaciones emitidas por el área de Salud Ocupacional para el desempeño de sus actividades laborales, determinando que debía realizar trabajo desde casa. Dicha recomendación tomó como fundamento la revisión de su historial clínico y diagnóstico de trastorno de ansiedad, depresión y amenaza de aborto. El periodo de licencia de maternidad sirvió para que el estado de salud de la señora CRISTINA QUIROZ se estabilizara, ya que en casa no sentía presión ni comentarios malintencionados por parte del gerente y coordinador.

DÉCIMO QUINTO: El día 11 de octubre de 2021 por recomendación del médico adscrito como colaborador de Bancamia, Dr. Enrique Meneses, se solicitó el reintegro de mi mandante a su actividad laboral con un cambio

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

de actividades; dicho mes, generó un desgaste emocional y psicológico más profundo a mi representada, ya que aparte de la serie de conductas agresivas y burlescas que el gerente y del coordinador de la entidad BANCAMIA desplegaron contra de mi mandante, los compañeros de trabajo se negaban a saludar a mi prohijada y a dirigirle la palabra. Realizando alusiones generales totalmente estúpidas y groseras como: "las mujeres después de dar a luz disminuyen su capacidad laboral, en pocas palabras no sirven como antes".

DÉCIMO SEXTO: Totalmente desesperada con la situación, la señora CRISTINA QUIROZ es remitida por su E.P.S al área de psiquiatría. Dicho profesional concede incapacidad por 20 días y se recomienda al banco, trabajo en casa por el alto grado de amenaza de aborto.

DÉCIMO SÉPTIMO: En el mes de febrero del 2022 mi mandante CRITINA QUIROZ da a luz a su hija. Transcurrida la respectiva licencia por maternidad, se reintegra a laborar en la entidad bancaria, no obstante, los actos de persecución y afectación psicologica y emocional fue mucho más severo, ya que sus jefes inmediatos querían resultados inmediatos, generando comentarios por parte del gerente Luis Felipe Ramos el cual expresa "Que, si no fuera por la ayuda de sus compañeros en temas de cobranza, sus resultados serían negativos. Adicionalmente, el gerente alza la Voz fuertemente y afirma "¿Qué le pasa?" Ya no se sabe qué hacer con usted".

DÉCIMO OCTAVO: Cabe traer a colación que los agravios realizados a mi mandante eran infundados, pues su cartera arrojó durante 5 meses seguidos resultados positivos, obteniendo como resultado "bonificaciones" por el cumplimiento de las metas y un ascenso en el escalafón salarial (re categorización) Desvirtuando las manifestaciones de sus jefes directos.

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

DÉCIMO NOVENO: El 05 de diciembre de 2022 mi mandante inicia el disfrute de sus de vacaciones, programadas hasta el 27 de diciembre de la misma anualidad, durante dicho lapso temporal, la señora QUIROZ recibe constantes mensajes amenazadores e intimidantes vía WhatsApp manifestándole inconformismos porque los clientes no cancelaban las cuotas al día. Dicha situación conllevó a que el día 19 de diciembre de 2022, mi mandante sea internada por urgencias en el Centro De Salud Mental San Rafael De Pasto, donde fue internada por su estado crítico emocional, ansiedad y depresión, durante nueve días de tal manera que lloraba todos los días y no podía dormir, toda la noche pensaba que tenía que regresar a trabajar y lo peor aún con la mentalidad de su mandante "No servía par a nada" bajando su autoestima y aislándose de mi familia.

VIGESIMO: A pesar de que la señora CRISTINA QUIROZ fue dada de alta del centro de reclusión mental, hasta la fecha continúa recibiendo tratamiento psicológico y psiquiátrico por el alto grado de afectación y complejo de inferioridad padecido. Siendo incluido en el programa de hospitalización día al cual ingreso el15 de marzo hasta el 31 de mayo del año en curso.

VIGESIMO PRIMERO: El estrés al que se sometió a mi mandante ha sido tan intenso que se han irrigado una multiplicidad de patologías por el cuerpo de mi mandante, tales como migraña, dolor de cuello espalada baja columna rodillas brazos pecho impidiéndole realizar actividades cotidiANNAs, por esta razón nuevamente se recae nuevamente en un estado de depresión y ansiedad desesperación por el dolor intenso diario. Remitiendo a la Señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO a medicina interna donde se diagnostica fibromialgia, orina con sangre, al igual se presenta una inflamación del estómago derivada de alteración de colon y estreñimiento.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

VIGESIMO SEGUNDO: Todos y cada uno de los médicos tratantes, han concluido que la multiplicidad de patologías que a la fecha aquejan a la señora ANNA CRISTINA QUIROZ sobrevienen como una respuesta a la crisis emocional generada por los actos de persecución y afectación psicologica y emocional ya que son actuaciones directas que derivaron a las patologías que actualmente presenta mi mandante como lo es e trastorno de ansiedad y depresión, y fibromialgia.

VIGESIMO TERCERO:la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ha superado los 180 días de incapacidad, haciéndose estrictamente necesario que su fondo de pensiones PORVENIR, realice los dictámenes y estudios a los que haya lugar, con el ánimo de determinar el origen y la porcentualidad de su patología.

VIGESIMO CUARTO: Totalmente indiferentes con la situación padecida por mi mandante, la entidad BANCAMIA resolvió convocarla nuevamente para que labore en el mismo punto de trabajo en donde fue victimizada y agredida, sin tener en consideración las constantes solicitudes elevadas por la señora QUIROZ aduciendo que tenía pánico de volver a laborar en dicha sede. Por ello.

VIGESIMO QUINTO: El día 25 de octubre de 2023 la entidad BANCAMIA decide aperturar un procedimiento sancionatorio en contra de mi representada, aduciendo que existió un incumplimiento a sus deberes como trabajadora al no presentarse para ejecutar sus funciones. Esta situación agravó una vez más el cuadro de estrés de mi mandante, recayendo en su cuadro de depresión, teniendo que ser recluida una vez más en un centro asistencial.

VIGESIMO SEXTO: A pesar de que la señora ANNA CRISTINA QUIROZ informó en todo momento a la entidad empleadora que padecía múltiples quebrantos de salud por el trato recibido, en ningún momento recibió

ningún tipo de atención o ayuda que le permitiese sobrellevar la difícil situación. Por ello, se hizo necesario dar cuenta de la difícil situación a la inspección del trabajo y la seguridad social de Popayán, para que se apersone de la presente causa, quien por su parte solicitó información respecto a que trámites o procedimientos se han adelantado para salvaguardar los derechos que asisten a la trabajadora; sin embargo, BANCAMIA no cuenta con elementos probatorios que permitan denotar un acompañamiento frente a esta difícil situación.

VIGESIMO SEPTIMO: Así mismo el día 18 de septiembre del año 2023, se remite derecho de petición donde se solicita a la entidad en comento, se traslade a mi mandante en la ciudad de Pasto y se informe respecto al trámite de apertura de investigación por acoso laboral, solicitud que se emitió contestación el día 06 de octubre, donde se observaron incongruencias en tanto se informa que nunca se conoció e informo respecto a los hechos de la petición, informando desconocimiento de actos de acoso laboral, aspecto que puede ser desvirtuado según consta en anexo de la presente demanda.

VIGESIMO OCTAVO: En el transcurso de estos meses, mi mandante se encuentra en constante control médico, aspecto que se ha informado vía a BANCAMIA, no obstante, existe renuente negativa por parte de entidad accionada a solicitud de traslado a la ciudad de Pasto, desconociendo el derecho a la salud que le asiste a mi mandante puesto que, al presentarse a las instalaciones de la ciudad de Popayán se le obligo a no asistir a controles médicos y atenciones que a la fecha aún se siguen prestando.

VIGESIMO NOVENO: Concordante a lo anterior y ante las constantes dificultades, se presenta solicitud de valoración de pérdida de capacidad laboral ante PORVENIR.

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

TRIGESIMO: Mi representada está siendo perjudicada en sus derechos humanos fundamentales y constitucionales, en forma reiterada por los actos de persecución y afectación psicologica y emocional, no permitiéndole continuar con tratamiento medico, actualmente se encuentra bajo control estricto con:

- MEDICINA DEL DOLOR.
- TERAPIAS FISICAS DE COLUMNA
- ATENCIÓN POR PSIQUIATRIA.
- ATENCIÓN POR PSICOLOGIA.

TRIGESIMO PRIMERO: El salario devengado por mi mandante en el último año fue la suma de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL pesos ($3.800.000) mensuales.

TRIGESIMO SEGUNDO: Para el mes de junio del presente año mi mandante Anna Cristina Quiroz Rosero, mediante apoderado judicial, interpuso una acción de tutela contra EPS Sanitas, ARL Axa Colpatria y el Fondo de Pensiones Porvenir, con el propósito de proteger sus derechos fundamentales al debido proceso, trabajo, seguridad social, vida digna, mínimo vital y salud.

TRIGESIMO TERCERO: Para el día 11 de julio de 2024 el Juzgado Segundo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Pasto emitió un fallo en primera instancia "Declaró improcedente la acción de tutela presentada por Anna Cristina Quiroz Rosero, argumentando que no cumplía con las condiciones de inmediatez y que existían otros medios judiciales para resolver el caso."

TRIGESIMO CUARTO: El 23 de agosto de 2024 ante impugnación de fallo de primera instancia El Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Pasto emitió la sentencia en segunda instancia, resolviendo la impugnación donde se Revocó el fallo de primera instancia y tuteló el derecho fundamental a la

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

salud de Anna Cristina Quiroz Rosero, ordenando al Banco de Microfinanzas Bancamía que, en el plazo de 48 horas desde la notificación, inicie el trámite para prevenir, corregir y sancionar los actos de persecución y afectación psicologica y emocional que la mi mandante denunció en su carta del 18 de septiembre de 2023, así mismo acate recomendaciones médicas emitidas por médico tratante.

TRIGESIMO QUINTO: El día 02 de septiembre de 2024, se llama a descargos a mi representada por parte de BANCAMIA a razón de presunta inasistencia a ejecutar labores de carácter presencial, aumentando los actos de acoso laboral, y desacatando las recomendaciones médicas

TRIGESIMO SEXTO: A pesar de que la orden por proferida fue clara al determinar que por parte del Banco de Microfinanzas Bancamía, inicie tramite conforme a la ley 1010 de 2006 y acate las recomendaciones médicas emitidas en favor del accionante, el banco no acato las mismas.

TRIGESIMO SEPTIMO Así mismo por parte de la empresa un no se acata las recomendaciones médicas remitidas por parte de por los galenos tratantes de mi representada, obligando a mi representada a presentarse a las instalaciones de BANCAMIA POPAYAN.

TRIGESIMO OCTAVO: Solo hasta el mes de octubre de 2024, por parte de la entidad demandada se inician tramites con el fin de culminar con los actos de persecución laboral.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

TRIGESIMO NOVENO: La reapertura de proceso de acoso laboral derivado de la afectación psicologica y emocional por parte de la parte demandada, se realiza previa presentación de incidente de desacato, donde el Juzgado Segundo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Pasto inicia proceso sancionatorio.

CUADRAGESIMO: El día 30 de octubre por parte de la Junta Regional de Invalidez de Nariño, emite dictamen de perdida de capacidad laboral, donde se establece perdida de capacidad laboral por el 67.01%, mismo que a la fecha se realizará apelación del mismo con el fin de que se determine el origen de perdida laboral, mas no común como determina dictamen.

CUADRAGESIMO PRIMERO: El día 12 de noviembre de la presente anualidad, por parte de medico tratante Dr. JOSE ALVAREZ REYES, recomienda trabajo en casa.

CUADRAGESIMO TERCERO: Informada a BANCAMIA, nuevamente se reitera que las recomendaciones médicas serán evaluadas por medico laboral no obstante cita de control fue asignada para el año 2025.

FUNDAMENTO DE DERECHO

La culpa en materia laboral o también llamada por responsabilidad del empleador ha sido definida y tratada de forma tradicional por la Corte Suprema de Justicia, donde se ha mantenido la división expuesta entre culpa contractual y extracontractual traída a colación en el código civil, indicando

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

que la desarrollada en el artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo se enmarca en el grupo de responsabilidades contractuales. Como se ha indicado, el artículo 216 del C.S.T., recoge la definición de la Culpa del Empleador, así:

"CULPA DEL EMPLEADOR. Cuando exista culpa suficiente comprobada del empleador en la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, está obligado a la indemnización total y ordinaria por perjuicios, pero del monto de ella debe descontarse el valor de las prestaciones en dinero pagadas debido a las normas consagradas en este Capítulo."(Art. 216).

Esto ya que, el origen del perjuicio es el incumplimiento u omisión de obligaciones de seguridad y protección a las que refiere el artículo 56 del Código Sustantivo del Trabajo, carga contractual del empleador como quiera que la fuente del daño es el incumplimiento de tales obligaciones.

Al respecto, la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral ha indicado:

"*(...) que el artículo 56 del CST, impone al empleador y que ha sido objeto de especial desarrollo normativo en el derecho colombiano a partir de la expedición de la Ley 1562 de 2012, que al modificar el Sistema de Riesgos Laborales, sustituyó el denominado "programa de salud ocupacional" por el "sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo" SG-SST (art. 1), estableciendo obligaciones específicas para los empleadores*

(art. 26) y los trabajadores (art. 27), encaminadas a evitar la ocurrencia de accidentes de trabajo o la estructuración de enfermedades laborales -ATEL, cuya reglamentación se encuentra compilada en el capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015" (***Recurso de Casación Laboral, rad. 64480, 2020***)

RESPECTO AL TRASLADO DE LOS RIESGOS DEL TRABAJADOR, POR PARTE DE LOS DEMANDADOS A LA A.R.L LA SURA SEGUROS

Es claro que los que existe un amparo para aquellos empleadores que trasladan los riesgos propios de una actividad económica en el contexto del contrato de trabajo, esto bajo un esquema de aseguramiento. El marco anterior, implica dos características comunes del régimen de riesgos laborales en seguridad social, En primer lugar, se trata de un régimen de responsabilidad objetiva por riesgos creados, ante lo cual con la simple existencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, nace un derecho a percibir prestaciones asistenciales y económicas del Sistema de Gestión de Seguridad Social Integral (SG-SSI) en riesgos laborales, sin importar la culpa o dolo del empleador; en segundo lugar, las prestaciones dadas al trabajador pertenecen un criterio de reparación tarifada. Sin embargo, siempre conexo a la existencia de este marco de responsabilidad objetiva, nace otro en paralelo, independiente al anterior, que puede recaer en cabeza del empleador y que se desarrolla bajo la tesis de la reparación plena de perjuicios; así lo indicó la Corte Suprema de justicia, Sala de Casación Laboral:

"Desde el punto de vista jurídico, es pertinente recordar, que para el reconocimiento y pago de la indemnización ordinaria y plena de perjuicios prevista en el art. 216 del CST, además de la ocurrencia del riesgo, accidente de trabajo o enfermedad profesional, debe estar la "culpa suficientemente comprobada" del empleador, responsabilidad que tiene una naturaleza eminentemente subjetiva, que lleva a que se establezca, en estos casos, no solo el daño a la integridad o a la salud del trabajador con ocasión o como consecuencia del trabajo, sino que se demuestre también el incumplimiento del empleador a los deberes de protección y seguridad, que le exige tomar las medidas adecuadas atendiendo las condiciones generales y especiales del trabajo, tendientes a evitar que el trabajador, como se dijo, sufra menoscabo en su salud e integridad a causa de los riesgos deltrabajo. (Recurso de Casación Laboral, rad. 47909, 2016)."

En mérito de lo expuesto, es claro que para llegar a la obligación derivada de la culpa patronal, se deben reunir al menos cuatro elementos comunes, que según la docrtina se han caracterizado de la siguiente manera:

A.) En primer término, un hecho ilícito imputable al empleador; es decir la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad laboral, que genere en el empleado una lesión, perturbación o estado patológico, derivados de esta situación; situación plenamente atribuible a los empleadores de la señora QUIRÓZ ROSERO pues deberán responder por su omisión frente al cumplimiento de los estándares y lineamientos propios y políticas de

bienestar de la empresa que en ningún momento fueron implementados dentro del ámbito laboral al que se sometió a mi mandante.

B.) La culpa del empleador en la ocurrencia de este accidente o enfermedad laboral, conducta plenamente demostrable con el actuar negligente e inoperante de la entidad demandada frente a la implementación de los mínimos estándares que permitan realizar un adecuado desarrollo del trabajo encomendado.

C.) El daño o perjuicio a la víctima, esto es, es decir aquella incapacidad temporal o permanente,, o cualquier otra consecuencia en la integridad del trabajador derivados de este accidente o enfermedad laboral

D.) el nexo causal, es decir que el daño o perjuicio sea con ocasión de la culpa del empleador.

Cabe traer a colación que en materia laboral, se habla de imputabilidad material, es decir "se exige simplemente que el daño sea consecuencia de un hecho que es su causa." En este orden de ideas para declarar la culpa patronal dentro de un mundo laboral tecnificado e industrial, corresponde verificar el cumplimiento o no de las normas establecidas para la prevención de accidentes y enfermedades. Así lo indico la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral:

"La culpa suficientemente comprobada del empleador en el accidente de trabajo se determina a través del análisis del incumplimiento de los deberes de prevención que le corresponden, y se constituye en la causa adecuada del infortunio, sea que tal falta se derive de una acción, de un control

ejecutado en forma incorrecta, o de una conducta omisiva (…) En el análisis de la culpa suficientemente comprobada del empleador se deben tener en cuenta las obligaciones generales, específicas y, de ser el caso, excepcionales, que le atañen en torno a los riesgos inherentes y expresados, así como los controles que haya ejercido en el medio, en la fuente y en la persona, en relación con la tarea ejecutada por el trabajador al momento del infortunio laboral"

LA DETERMINACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR EN COLOMBIA

Dentro de este punto, es importante resaltar que las normas laborales que regulan la figura de la culpa del empleador no determinan los criterios o grados de responsabilidad que comprometen una indemnización de perjuicios como tal; por ende, en aplicación de los criterios de interpretación analógica, se debe acudir a las normas del Código Civil con relación a la responsabilidad. En la normatividad Civil se diferencian varios tipos de culpa de acuerdo el nivel de injerencia o vinculación del particular con las circunstancias fácticas del evento, lo cual en virtud del artículo 63 del Código Civil se establece una graduación de tres (3) niveles de responsabilidad asociados a la culpa "(…) en virtud de la cual el deudor sólo es responsable de culpa grave en los contratos que solo son útiles al acreedor (como por ejemplo la donación), de leve en contratos que se hacen para beneficio recíproco de las partes (tales como los de compraventa o los de trabajo) y de levísima en los contratos en que el deudor es el único que se beneficia (como el comodato)."

Ahora, en materia de responsabilidad del empleador, se ha entendido por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia – Sala Laboral, que el mismo responde hasta por la culpa leve, es decir, que hay responsabilidad cuando derivado de una negligencia por omisión de cuidado y precaución que tendría el padre de familia con sus hijos. Esto nos lleva a que el margen de responsabilidad por culpa patronal es amplio, pues, como se ha indicado, la misma deriva de un análisis del cumplimiento o no de protección y cuidado con los trabajadores. En este sentido, la Corte ha indicado que:

(Sala Casación Laboral Rad. 40457 del 01 de junio de 2017 M.P Clara Cecilia Dueñas)

"De ese análisis dedujo que las accionadas no incurrieron en «culpa leve», es decir, «aquella diligencia y cuidado que los hombres emplean ordinariamente en sus negocios propios» y afirmó que, por el contrario, Rodríguez Acevedo actuó con excesiva confianza «no por impericia, sino por imprudencia».

Lo anterior, muestra como la posición jurisprudencial al momento de determinar cuándo nace la obligación del empleador en realizar una reparación de daños o perjuicios por culpa u omisión en el cumplimiento de sus obligaciones de cuidado, supervisión y prevención, entendiendo esto, cuando el empleador, por acción u omisión incurre en una conducta que implique una culpa suficientemente comprobada en la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad laboral, de tal forma que la única

forma de desligar la responsabilidad de reparar daños y perjuicios dentro del contexto de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, estará en acreditar por el empleador el cumplimiento pleno y efectivo de ese deber de cuidado del "buen padre de familia", en el otorgamiento de elementos de protección personal para el caso que nos ocupa, otorgamiento de formación o capacitación para las actividades, supervisión y existencia de normas de seguridad y salud en el trabajo, y demás obligaciones conexas a las condiciones de seguridad en el trabajo. Dentro de este punto, es esencial señalar como la jurisprudencia citada previamente, ha sido unánime en indicar que incluso ante la existencia de eximentes de responsabilidad como los determinados en materia civil (Ej. Culpa de la víctima, fuerza mayor, caso fortuito, actuación de un tercero, etc.), no basta solo alegar la configuración de estas circunstancias, es necesario por obligación acreditar el cumplimiento pleno del empleador en todos sus deberes de cuidado, previsión y supervisión, pues en caso de concurrencia de culpas, tanto del empleado como del empleador, se configurará la culpa del empleador en cabeza de la empresa.

RESPECTO A LA CONCURRENCIA DE CULPAS COMO EXIMIENTE DE RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR.

De conformidad con el análisis que la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral hace frente el artículo 216 del Código Sustantivo de Trabajo, se ha indicado que cuando existe una concurrencia de culpa entre empleador y trabajador, esto no

exonera al empleador de generar pago de la indemnización plena de perjuicios. Es de precisar, que ante la presencia de un escenario de concurrencia de culpas (tanto trabajador como empleador, concurren a la producción del daño), es imperativo tener en cuenta que esta circunstancia no eximirá de responsabilidad al empleador pues, de acuerdo con la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en su Sala Laboral, la concurrencia no exime del deber de cuidado del "buen padre de familia" que se exige y se espera del empleador en el desarrollo de las actividades económicas que realiza. Solo en caso de que se logre demostrar la ausencia de culpa del empleador, en el desarrollo cabal y pleno de sus obligaciones en general, se podrá determinar que no le condenado bajo los presupuestos del artículo 216 del Código Sustantivo de Trabajo, de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, que ha desarrollado:

SL9355-2017 MP CLARA CECILIA DUEÑAS QUEVEDO "(...) responsabilidad de la empresa en el accidente laboral no desaparece en el evento de que este ocurra también por la concurrencia de un comportamiento descuidado o imprudente del trabajador, toda vez que, conforme al tenor del artículo 216 del CST, en la indemnización plena de perjuicios a consecuencia de un siniestro profesional con culpa del empleador no se admite la compensación de culpas".

Lo expuesto, demuestra que independientemente de la culpa del trabajador, se valida solo de manera concreta, el pleno

cumplimiento del empleador de su responsabilidad, acorde las reglas de la debida diligencia y prevención debida. Cuando se dan los elementos de responsabilidad del empleador directamente, aun cuando concurra culpa del trabajador, según lo ya anotado, es clara la aplicación del artículo 216 del C. S. del T. que consagra el derecho a recibir del empleador una "indemnización total y ordinaria por perjuicios", en el evento de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, cuya ocurrencia sea atribuible a una culpa del empleador. Según lo expuesto, esta obligación deriva del deber de reparar daños o perjuicios por el incumplimiento de la obligación contractual especial del empleador, de procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garantice razonablemente la seguridad y la salud, como reza el literal 2° del artículo 57 del C. S. del T. Igualmente, no solo del análisis normativo, sino además de una larga línea jurisprudencial con tendencia desde el año 2017 a la fecha, se ha establecido que únicamente se debe validar la existencia comprobada de culpa del empleador en las situaciones conexas, alternas o circundantes frente a la fuente del accidente o evento, aun cuando exista concurrencia de culpa con el trabajador, pues la única exoneración frente a esta responsabilidad de reparación, está en el cumplimiento directo y cabal de cada una de las obligaciones del empleador indicadas en el Código Sustantivo del Trabajo, así como del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, lo acordado en el contrato y las demás normas que complementan el sistema jurídico sin perjuicio de las señaladas

modalidades o eximentes de responsabilidad; de tal forma que, cuando no se agote la verificación del deber de la debida diligencia y cuidado propias de la supervisión que el empleador debe prestar, queda entonces como único elemento de evaluación, el grado de implicación del mismo trabajador en los hechos, sin otras situaciones circundantes. En este sentido, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, ha reiterado esta postura frente la responsabilidad del empleador, del cual se resaltan los siguientes pronunciamientos:

SL16986-2017 M.P CECILIA MARGARITA DURÁN UJUETA "Lo expuesto pone en evidencia la conducta pasiva y negligente del empleador, no desvirtuada en el curso del proceso, en cuanto en su defensa se limitó a invocar la culpa del trabajador que, de haber existido, no lo eximía de responsabilidad, tal como lo ha dicho esta Sala de la Corte Suprema de Justicia en múltiples oportunidades, entre otras, en la sentencia CSJ SL5463-2015 y CSJ SL9355-2017 (...) La responsabilidad por culpa comprobada del empleador en la ocurrencia del accidente o la enfermedad profesional no desaparece porque el trabajador también haya actuado con culpa" (negrillas y subrayas fuera del texto)

SL 1565-2020 M.P MARTÍN EMILIO BELTRÁN QUINTERO "Resalta que ese punto ya ha sido adoptado por la jurisprudencia de la Sala de Casación Laboral, en el sentido de establecer que la culpa del empleador no solo puede concurrir con la del trabajador, sino que incluso cuando sucede dicha concurrencia, no desaparece la culpa del empleador ni hay lugar a la reducción en el monto

de la indemnización, para ello, trajo a colación la sentencia CSJ SL54632015, rad. 44395, de la cual citó

" SL1637-2021 M.P. JIMENA ISABEL GODOY FAJARDO "tal y como lo explicó esta Corporación, entre otras, en sentencia CSJ SL278-2021: sin embargo, se estima necesario agregar, que en el análisis interpretativo del art. 216 del C.S.T., y el tema de las causales de exoneración de responsabilidad del empleador por la convergencia de actos omisivos o de negligencia del trabajador en la ocurrencia del accidente de trabajo, la Corte tiene determinado, que una vez establecida la culpa suficientemente comprobada del empleador en la ocurrencia del accidente de trabajo, la responsabilidad de éste no desaparece ante la concurrencia en el evento de un comportamiento descuidado o imprudente del trabajador, toda vez, que conforme al tenor de la normativa, en la indemnización plena de perjuicios a consecuencia de un siniestro laboral, no se admite la compensación de culpas, por manera que, más allá de que eventualmente la víctima hubiere influido en las causas del infortunio, ello no exime al patrono de su responsabilidad" (negrillas y subrayas fuera del texto) Lo anterior, muestra una sólida tendencia dentro de la posición de la corporación en la cual se ha determinado que la concurrencia de responsabilidad del trabajador no tiene relevancia dentro de la responsabilidad del empleador, pues cada una se analiza por separado, bajo el entendido que la sola responsabilidad suficientemente comprobada del empleador dará lugar al pago de las

indemnizaciones y condenas correspondientes, independientemente del grado de culpa del mismo empleado.

Concordante a lo anterior la conducta realizada a mi mandante por parte del empleador, jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror, angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir a la renuncia del mismo claramente claro que se ha tipificado la conducta de violación al derecho humano fundamental sus derechos son natos, e invulnerables; que nacieron en circunstancias de hecho y de derecho en una República que tiene un Estado social de derecho, que vela con especial preponderancia y efectividad por el respeto a la dignidad humana que, por su sentido primigenio, de bondad ontológica intrínseca a todo hombre, lo hacen merecedor del respeto y la atención de los demás, sin menoscabar indudablemente otros derechos humanos fundamentales y constitucionales, maximícese aun cuando se presentan negativas por parte de BANCAMIA a traslado en la ciudad de Pasto, desconociendo y afectando de manera flagrante el estado de salud de mi mandante

RESPECTO A INDEMNIZACIÓN POR PERJUCIOS MORALES Y FISIOLOGICOS.

La Ley 446 de 1998, que dispone: «VALORACION DE DAÑOS. Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales».

Ahora bien, en el asunto bajo examen la Corte observa que el Tribunal tuvo ante sus ojos, a tal punto que se basó en ella para su decisión, la sentencia

proferida por esta Corporación el 30 de junio de 2012, rad. n° 39631, en la que, además de hacerse referencia a la tasación de los perjuicios según el prudente juicio, la Sala, con apoyo en la misión unificadora que por ley le corresponde, rememoró en forma patente algunos parámetros a tener en consideración al momento de establecerlos, por lo que, aunque el fallador no plasmó de manera clara las razones para concretarlos, puede entenderse que hizo suyos los asentados en dicha providencia, tales como, las condiciones de la lesión y el entorno social de la actora.

Empero, si en gracia de discusión se pensara que el acto jurisdiccional fue deficiente o precario en los argumentos para determinar el perjuicio, lo cierto es que no daría lugar a quebrar la providencia, porque puesta la Corte en sede de instancia, prontamente advertiría lo siguiente:

Puede recordarse que sobre este tema del daño en la vida de relación esta Sala enseñó en reciente pronunciamiento CSJ SL 1361de 2019, en el que reiteró lo dispuesto en las sentencias CSJ SL, 22 ene. 2008, rad. 30621, SL, 30 oct. 2012, rad. 39631 y la SL4913-2018: «se originan por el «menoscabo en la vida de relación social, que no se equipara a la aflicción íntima, que se padece en el interior del alma, calificada como daño moral subjetivo, ni tampoco con la pérdida de la capacidad laboral, que es estimable en dinero a partir del grado de invalidez establecido por las Juntas Calificadoras; es el daño que afecta la aptitud y disposición a disfrutar de la dimensión de la vida en cualquiera de sus escenarios sociales; es una afectación fisiológica, que aunque se exterioriza, es como la moral, inestimable objetivamente, y por tanto inevitablemente sujeta al arbitrio judicial».

Entonces, este tipo de daños se concretan en la limitación del disfrute de la vida en los entornos que venía gozado la persona y que hoy, dada la

afectación, no puede hacerlo o no de la misma manera, es decir, que dicha perturbación lesiona el disfrute de los placeres de su existir, en sus condiciones personales y sociales.

Está debidamente comprobado que la enfermedad laboral, sin hesitación ninguna, le ocasionó a la actora desmedro en el disfrute de la vida cotidiana a tal punto de generarle «un cuadro de angustia severa y depresión profunda, con brotes intermitentes de agresividad de palabra y de hecho contra familiares y otros comportamientos de tipo psicótico»

Como refiere la propia accionante en el resumen de historia clínica del informe de evaluación psiquiátrica inicial y plan de trabajo, por la persecución laboral.

Todos los soportes probatorios confirman la afectación en la vida de relación de la actora e inclusive de su familia.

MEDIDA CAUTELAR

Respetuosamente le solicito al señor Juez que, COMO MEDIDA CAUTELAR:

- SE ORDENE EL TRASLADO DE LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AL MUNICIPIO DE IPIALES O EN SU DEFECTO PASTO.

EN CUANTO A LA MEDIDA CAUTELAR.

El CGP introdujo en el proceso civil la figura de la medida cautelar innominada, consagrada en el numeral 1 del artículo 590 también denominada de cautela atípica o genérica. Las medidas cautelares innominadas son, según el profesor Jorge Forero Silva, "las no previstas en la ley, que faculta al juez para que las decrete según su prudente juicio, a fin de evitar que las condenas impuestas en la sentencia resulten ilusorias" . Las

cuales no están consagradas en la ley, pero que la parte puede solicitar al momento de presentar la demanda para que el juez a su prudente arbitrio las decrete, teniendo en cuenta que haya legitimación de las partes, interés para actuar, necesidad en cuanto a su adopción y las debe decretar de manera proporcional verificando su alcance y duración.

Por su parte, el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social no regula la medida cautelar innominada, razón por la cual es necesario acudir al artículo 1° del Código General del Proceso que establece que se aplicará "… además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especialidad y a las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccionales, en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes", luego sí es procedente la medida cautelar innominada del artículo 590 núm. 1, lit. c) del C.G.P. en los procesos laboral y de seguridad social" . En línea con lo anterior, es válido afirmar que las medidas cautelares innominadas sí pueden ser decretadas en procesos laborales y las mismas deben ser estudiadas a la luz del Código General del Proceso.

Ahora bien, teniendo en cuenta el principio protectorio del Derecho del Trabajo y del cual surgen los demás principios laborales, podemos decir que las medidas cautelares dentro del proceso laboral resultan funcionales al principio de la protección al trabajador. Respecto a los supuestos de fondo y requisitos de verificación de las medidas es necesario acudir al estatuto procesal civil por analogía, aclarando que existe actualmente una discusión en la doctrina para determinar si en materia laboral es necesario prestar caución y, por otro lado, si el juez puede decretar de oficio medidas cautelares innominadas. Frente a lo primero, la jurisprudencia ha dicho que el principio de gratuidad en asuntos laborales no es absoluto, razón por la cual se considera que el demandante sí debe prestar caución. Por último,

en el texto se argumenta que el juez no podrá decretar de oficio las medidas porque el Código General del Proceso no lo permite, sin embargo, la discusión está abierta ya que, como se verá, algunos autores piensan que el juez de lo laboral si tiene potestades para decretar las medidas de oficio. Por último, se muestran algunos ejemplos de medidas cautelares innominadas en procesos concretos, por ejemplo, en procesos de acoso o discriminación laboral, entre otros.

En conclusión, las medidas cautelares innominadas en materia laboral contribuirán a la concreción del fin del derecho laboral el cual es la protección del trabajador, que siempre será la parte débil de la relación, y las mismas tienen concordancia con principios rectores del derecho del trabajo, y negar su aplicación es flagrantemente contario a los fines y pilares del mismo.

En este sentido, la Honorable Corte Constitucional ha señalado que las medidas cautelares pueden ser adoptadas en los siguientes casos: "(i) cuando resultan necesarias para evitar que la amenaza contra el derecho fundamental se convierta en una violación o; (ii) cuando habiéndose constatado la existencia de una violación, estas sean necesarias para precaver que la violación se torne más gravosa" (Al respecto, ver entre otros, los Autos A-040A de 2001 (MP: Eduardo Montealegre Lynett), A-049 de 1995 (MP: Carlos Gaviria Díaz), A-041A de 1995 (MP: Alejandro Martínez Caballero) y A-031 de 1995 (MP: Carlos Gaviria Díaz))

En el caso sub judice, señor Juez, tenemos que mi mandante actualmente presenta diferentes patologías que afectan de manera su salud, motivo por el cual se hace necesario y urgente el traslado de prestación de servicios al municipio de Pasto o en su defecto a la ciudad de Ipiales, dado que una vez se ordene su reintegro o culmine la incapacidad laboral, se verá

interrumpido tratamiento médico por fisiatría, psicología, siquiatría, medicina del dolor, medicina familiar, es decir que su vida y su dignidad humana depende de la prestación de servicios de salud.

Bajo los anteriores argumentos se puede verificar en historia la gravedad de la enfermedad que padece y que está poniendo en riesgo su vida, es señor Juez que de no decretar la medida cautelar es permitir un grave perjuicio, en tanto se verá interrumpido tratamiento médico es claro que al cambiar la IPS o médicos tratantes, se le vulnera los principios de integralidad lo que *implica evitar las suspensiones o retardos, así como las interrupciones injustificadas de los tratamientos. Además, generar los menores traumatismos posibles en el desarrollo de los tratamientos de los pacientes, maximícese cuando mi apoderada ya cuenta con un proceso en desarrollo , lo que su cambio de lugar de residencia implicaría reiniciar intervenciones,* ahora bien, la tratándose de enfermedades mentales la continuidad del tratamiento con el mismo profesional es indispensable (TODO ESTO VERIFICABLE CON LA HISTORIA CLÍNICA Y DOCUMENTOS ANEXOS, Y LA CERTEZA QUE BAJO JURAMENTO HABLO CON LA VERDAD) Con los argumentos y pruebas aportadas con este escrito, los que comedidamente solicito al Juez sean analizados con tal detalle para efectos de decidir sobre la procedencia de la medida cautelar solicitada, pues se encuentra más que demostrada la violación de los derechos de mi mandante. Por lo tanto, la medida requerida no es una simple manifestación, maximícese cuando mi mandante aun se encuentra en tratamiento medico que se viene interrumpiendo ante la imposibilidad de realizar viajes de manera constante a la ciudad de Pasto donde se encuentra realizando tratamiento médico.

SEÑOR JUEZ RUEGO QUE IMPIDA SE CONTINUE CON LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE MI MANDANTE Y ORDENE LA MEDIDA PROVISIONAL.

PRETENSIONES

Fundado en los hechos expuestos y en las disposiciones legales que adelante citaré en nombre de mi prohijado inicio ante usted proceso ordinario de mayor cuantía (doble instancia) contra BANCO DE LAS MICROFINANZAS, S.A. - BANCAMIA y pido que con su audiencia y previos los trámites legales respectivos, se profiera por usted sentencia definitiva, en la que se hagan las siguientes o semejantes declaraciones y condenas:

PRIMERA. Declarar que los demandados BANCO DE LAS MICROFINANZAS, S.A. - BANCAMIA, quien se identifica con NIT 900.215.071-1 y la asegura de riesgos laborales AXA COLPATRIA-ARL, identificado con NIT 860.002.183 **SON LABORAL Y SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES** por la omisión de salvaguarda de la integridad física y psicológica de la **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO**, quien se identificó en vida con la cedula de ciudadanía No. 87.530 707, hecho que derivó en enfermedad profesional (Trastorno Depresivo Recurrente - La fibromialgia - La fibromialgia).

SEGUNDA: Declarar responsable a BANCAMIA S.A. en la enfermedad profesional (Trastorno Depresivo Recurrente - La fibromialgia) sufrida por ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.

TERCERO: Se ordene el pago a título de perjuicios morales a favor de mi mandante de Cien (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

CUARTO: Se ordene el pago a título de perjuicios fisiológicos o daño a la vida de relación a favor de mi mandante de Diez Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes por cada punto de pérdida de capacidad laboral que sea determinado por la Junta Calificación de Invalidez.

QUINTO: Lo que resulte probado extra o ultra petita, y las costas del proceso.

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

SEXTO: Se condene a la parte demandada al pago en costas y agencias en derecho que se causen en el presente proceso.

RELACIÓN DE PRUEBAS

Comedidamente pido al Sr. Juez se sirva, a más de otorgar valor probatorio a los documentos relacionados, decretar durante el trámite del proceso la práctica de las siguientes pruebas:

1. ***Documentales*** **–** Pido que se les dé el valor que corresponde en derecho a estos documentos:

1. Historia clínica de integral de la señora ANNA CRISTINA QUIROS ROSERO sufrida a raíz dlos actos de persecución y afectación psicologica y emocional.
2. Copia Derecho de petición remitido a la entidad BANCAMIA, el día 18 de septiembre del año 2023.
3. Respuesta a derecho de petición remitida por BANCAMIA el día 06 de octubre de 2023.
4. Soporte pantallazo correo electrónico remitido por mi mandante donde se informa actos de acoso laboral.
5. Soporte atenciones médicas realizadas en el departamento de Nariño 2023-2024
6. Certificado de Incapacidades emitido por SANITAS EPS.
7. Concepto medico remitido por la Doctora Cindy Chamorro Días vinculada a la Fundación SERVICIO SOCIAL "CARMELITANO" PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.
8. Radicado y petición de Solicitud de pérdida de capacidad laboral remitido a PORVENIR.
9. Fallo de segunda instancia emitido por el JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

10. Dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño.
11. Certificado Laboral Anna Cristina Quiroz.
12. Certificado de existencia y representación Bancamía.

2. ***Testigos*** – Solicito a la señora Juez, hacer citar y comparecer ante su Despacho a las siguientes personas para que depongan acerca de los actos que derivaron a enfermedad laboral lo cual es conducente, pertinente y útil

1- Dina Mariela Otero Nery Identificada con C.C. 1061539653 expedida en Piendamó - Cauca domiciliado en Piendamó Cauca B Arboleda lote 14 Correo electrónico Oteronerydinamariela@gmail.com Celular 3147273865.

2- Luz Dary Arteaga Arciniegas Identificada con CC. 1.086.754.058 domiciliado en Gualmatan Nariño barrio Arrayanes Correo electrónico arteagaluzdary2@gmail.com Celular 3182849951

3- Diana Carolina Devia Piamba Identificada con CC. 1061759069 domiciliado en Vereda lame Barrio Palmares Lote 16 Correo electrónico caritodevia2315@gmail.com Celular 3178878782

OBJETO DE LOS TESTIMONIOS:

Las declaraciones de los testigos en referencia se derivarán a manifestar las condiciones tiempo, modo y lugar de los actos de acoso y afectación psicológica que se produjeron en contra de la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO

3. Solicito Inspección Judicial sobre los libros de la empresa para comprobar los hechos de la demanda.

MANIFESTACIÓN ESPECIAL: Habida cuenta que, a pesar de haber solicitado valoración de pérdida de capacidad laboral la misma se realizará tramite de apelación de dictamen sirva recepciónar dictamen de origen de perdida de capacidad laboral con posterioridad. En mérito de lo expuesto ruego a su despacho se permita incorporar la prueba de pérdida de capacidad laboral con posterioridad a la presentación de la demanda.

CUANTIA Y COMPETENCIA

De conformidad a la mayor pretensión contenida en el presente libelo, determinada por el valor de SESENTA Y SIETE SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES determinados de cada punto de perdida de capacidad laboral de mi mandante.

PROCEDIMIENTO

Se trata de un proceso laboral de primera instancia tramitado bajo la ritualidad procesal determinada a través de los arts. 74 y subsiguientes del Decreto 2158 de 1948

ANEXOS DE LA DEMANDA

Además del poder que me ha sido conferido presento con este libelo los siguientes documentos:

a) Prueba del envió de la demanda y anexo al correo de los demandados
b) Los documentos pedidos como prueba
c) Poder.
d) Documentos de Identificación:

e) Demandante

f) Apoderado.

NOTIFICACIONES

LA PARTE DEMANDADA: La parte demandada BANCAMIA recibirá notificaciones en la Cra. 9 #17N - 79, Comuna 1, Popayán, Cauca, Correo Electrónico notificacionesjud@bancamia.com.co

La parte demandada ARL AXACOLPATRIA recibirá notificaciones al Correo Electrónico notificacionesjudiciales@axacolpatria.co

DEL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE: El suscrito recibirá notificaciones en la Cra 24 No. 19 -33 del edificio pasto plaza, oficina 221 de la ciudad de Pasto, correo electrónico bryanjati7@gmail.com, abonado celular. 315 -328-4884.

Manifiesto Bajo la Gravedad de Juramento que el Correo electrónico suministrado, es el utilizado por el demandado, lo anterior teniendo en cuenta que el demandado tiene un sitio web y en este se encuentra el correo.

Sin otro particular, se suscribe ante usted.

BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS,

C.C No. 1.085.294.986 expedida en Pasto (N).

T.P No. 285.615 del C.S de la J.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 5.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/12/2021 12:10:40. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Adriana Piedad Sanchez Mendez. Reg. Médico. 34564203. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 62821871. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 5 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: ASISTE SOLA Teléfono: 3103805857
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 16. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: ASISTE SOLA . Teléfono: 3103805857.
Motivo de consulta: Paciente atendida en consulta no presencial debido a las disposiciones definidas para realizar control en el contagio por SArs-Cov2 "por control prenatal".
Enfermedad Actual: Paciente de 35 años con segunda gestacion de +/-28.3 semanas , clasificada como alto riesgo por periodo intergenesico largo +tamizaje positivo para preeclampsia dx diabets gestcional meeicada con metformina 850 mg 2 al dia ASA 100 mg cada noche GESTAVIT acude para control prenatal
.Refiere sentirse bien refer mejria dolor inguinal derecho +dolor lumbar y de miembro inferior derecho trabajo en casa y manejo or pterapia fisica .Niega síntomas urinarios , niega descargas vaginales anormales , no perdidas vaginal de sangre o líquido , percibe movimientos fetales , no

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

dolor bajito , niega síntomas premonitorios . niega haber consultado por urgencias desde el ultimo control .
Toma micronutrientes(GEstavit) recomendados con buenas tolerancia
.Vacunacion = Ha recibido 1 dosis de Td /influenzae/ 2 dosis covid . hoy dpt acelular
Asistio a consulta con nutrición y psicología a donde fue remitida, dice hacer dieta recomendada.
Aporta laboratorios del segundo trimestre. y toxoplasma igm en plataforma
..

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 29.4 .
Edad gestacional por ECO: 28.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 03/12/2021 .
Semanas Último Control: 28.3 .
No. Controles prenatales: 16 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 69.8 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 26.27 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 204.95 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.81 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: simetricas turgentes piel y pezones normales .
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal,ocupado por utero gravido no reactivo . .
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (24), No. de fetos (1), Fetocardia auscultable (lat/min) (150), Observaciones: movimientos fetales presentes sin dinamica uterina .

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

CONTROL PRENATAL

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 25/11/2021 08:57:00

Inmunologia
1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.24.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE DE 35 AÑOS, PROCEDENTE DE POPAYÁN G2 P1 a0 c0 PRTO HCE 6 AÑOS GRUPO RH A + CURSANDO AHORA CON EMBARAZO DE 28.3 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE 30/06/21 CON 6.1 SEMANAS ECOGRAFÍAS GENÉTICA Y DE III NIVEL NORMALES, TAMIZAJES POSITVOS PARA PRECLAMPSIA Y RCIU Y PARACLÍNICOS DEL I TIMSTRE NORMALES, SIN INMUNIDAD PARA TOXOPLASMA, CON DX D E DIABETES GESTACIONAL EN MANEJO CON METFORMINA ASA CONSUMO REGULAR DE MICRO NUTRIENTES, EMBARAZO ELA TO RIESO POR LO ANOTADO , INMUNIZACIONES EN ESQUEMA,HOY DPT ACLULAR NORMOTENSA EN CONTROLES PRENATALES. AHORA SIN PÉRDIDAS VAGINALES SIN DINÁMICA UTERINA, SIN SIGNOS DE VASOESPASMO, ADECUADOS MOVIMIENTOS FETALES. CONTINUA CONTROL POR MEDICIAN GENERAL OBSTETRICA Y ENFERERAI NUTRCON Y PSIQUIATRIA ANTEDENTED E SINDROE DEPRSIVO , CONTROL ,

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 28.3 semanas.
Diagnóstico Asociado 1: Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificacion, en el embarazo (O243), Confirmado repetido, RIESGO INMINENTE: SI.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO, No. 1, PACIENTE DE 35 AÑOS, PROCEDENTE DE POPAYÁN G2 P1 a0 c0 PRTO HCE 6 AÑOS GRUPO RH A + CURSANDO AHORA CON EMBARAZO DE 28.3 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE 30/06/21 CON 6.1 SEMANAS ECOGRAFÍAS GENÉTICA Y DE III NIVEL NORMALES, TAMIZAJES POSITVOS PARA PRECLAMPSIA Y RCIU Y PARACLÍNICOS DEL I TIMSTRE NORMALES, SIN INMUNIDAD PARA TOXOPLASMA, CON DX D E DIABETES GESTACIONAL EN MANEJO CON METFORMINA ASA CONSUMO REGULAR DE MICRO NUTRIENTES, EMBARAZO ELA TO RIESO POR LO ANOTADO , INMUNIZACIONES EN ESQUEMA,HOY DPT ACLULAR NORMOTENSA EN CONTROLES PRENATALES. AHORA SIN PÉRDIDAS VAGINALES SIN DINÁMICA UTERINA, SIN SIGNOS DE VASOESPASMO, ADECUADOS MOVIMIENTOS FETALES. CONTINUA CONTROL POR MEDICIAN GENERAL OBSTETRICA Y ENFERERAI NUTRCON Y PSIQUIATRIA ANTEDENTED E SINDROE DEPRSIVO , CONTROL ,.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: CONTINUAR CONTROLES PRENATALES EN FECHAS INDICADAS.(LLEVANDO SIEMPRE SU CARNET Y CARPETA)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

ASISTIR INMEDIATAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS (O CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO) EN CASO DE CEFALEA INTENSA O PERSISTENTE (VISIÓN DE LUCECITAS)-VISIÓN BORROSA (PITOS O ZUMBIDOS EN LOS OÍDOS)- (DOLOR O ARDOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO)-DOLOR ABDOMINAL TIPO CONTRACCIÓN-SÍNTOMAS URINARIOS(ARDOR DOLOR ORINADERA CAMBIOS EN COLOR Y OLOR DE ORINA)- SANGRADO VAGINAL-FLUJO VAGINAL- (SALIDA DE LÍQUIDO POR VAGINA)- PALIDEZ MARCADA O MAREO- (ATAQUES)- (HINCHAZÓN EN CARA O EXTREMIDADES)-DISMINUCIÓN AUSENCIA O INCREMENTO MARCADO DE MOVIMIENTOS FETALES.

ASISTIR A TALLERES DE CURSO PSICOPROFILACTICO (SEGÚN PROGRAMACIÓN). VACUNACIÓN Y ODONTOLOGÍA RECOMENDACIONES NUTRICIONALES:

CONSUMO DE CARNES MAGRAS POLLO Y PESCADO SIN PIEL. VÍSCERAS (HÍGADO PAJARILLA) EN PREPARACIONES SIN GRASA HUEVO LÁCTEOS FRUTAS VERDURAS HARINAS INTEGRALES LEGUMINOSAS (UNA VEZ.POR.SEMANA FRIJOL GARBANZO LENTEJAS) GRASAS(ACEITES DE ORIGEN VEGETAL COMO GIRASOL O CANOLA Y ACEITE DE OLIVAS) CONDIMENTOS NATURALES LÍQUIDOS (8 VASOS AL DIA DESCAFEINADOS). EVITE INGESTA DE ALIMENTOS PROCESADOS (INDUSTRIALIZADOS) AZÚCARES REFINADOS BEBIDAS ALCOHÓLICAS GASEOSAS GOLOSINAS. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO MEDICAMENTOS (NO FORMULADOS). ALUCINÓGENOS COMA DESPACIO Y MASTIQUE BIEN CADA BOCADO. NO REALICE NINGUNA OTRA ACTIVIDAD MIENTRAS COME.

REALIZAR EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y ADECUADA PREVIO CALENTAMIENTO. NO SE EXCEDA Y NO SE FATIGUE. USE ROPA Y CALZADO ADECUADOS. EVITE MANEJOS O MANIPULACIONES RIESGOSAS POR EMPÍRICOS(PARTERAS-SOBANDEROS).

RECUERDE LAS VENTAJAS E IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA: FORTALECE LA RELACIÓN MADRE E HIJO- NO REQUIERE PREPARACIÓN- SIEMPRE ESTA A TEMPERATURA IDEAL- FACILITA LA ALIMENTACIÓN NOCTURNA-DISMINUYE EL RIESGO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL BEBÉ-NO TIENE COSTO-APORTA TODOS LOS NUTRIENTES NECESARIOS PARA EL ADECUADO DESARROLLO DEL BEBÉ.

TENGA PRESENTES LAS INSTRUCCIONES SOBRE EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO LOS DOCUMENTOS NECESARIOS LOS ELEMENTOS REQUERIDOS(ROPA Y UTENSILIOS MATERNOS Y ROPA PARA EL BEBÉ).

SE DAN RECOMENDACIONES A PRACTICAR EN EL MOMENTO PERTINENTE COMO CUIDADOS PROPIOS DEL RECIÉN NACIDO EN CUANTO A ALIMENTACIÓN BAÑO CUIDADOS DEL OMBLIGO VACUNACIÓN VESTIDO Y CUIDADOS GENERALES. IMPORTANCIA DE CONSULTA POSTPARTO Y VALORACIÓN DE RECIÉN NACIDO ASÍ COMO INICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E INICIO DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO 1 MES DESPUÉS DE PARTO. CONTINUAR MICRONUTRIENTES AUN EN EL POSTPARTO. EVITAR O MANEJAR ADECUADAMENTE SITUACIONES ESTRESANTES Y DORMIR EL TIEMPO NECESARIO REQUERIDO. COMENTAR CON EL MÉDICO TRATANTE O CON EL PERSONAL DE SALUD QUE LO ATIENDA CUALQUIER INQUIETUD SUGERENCIA RECOMENDACIÓN O DUDA QUE EXISTA

SIGNOS DE ALARMA: Consultar por urgencias si:

1 Presenta dolor de cabeza o en la boca del estomago.

2 Ve luces o escucha pitos.

3 Presenta sangrado vaginal o salida de líquido por vagina

4 Presenta ardor al orinar o fiebre

5 El bebé no se mueve en mas de 4 horas

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

29/10/2021 11:14:48. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Martha Cecilia Hurtado Muñoz. Reg. Médico. 34545396. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 61180887. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 11. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: Paciente atendida en consulta no presencial debido a las disposiciones definidas para realizar control en el contagio por SArs-Cov2 "por control prenatal"
..
Enfermedad Actual: Paciente de 35 años con segunda gestacion de +/-23.3 semanas , clasificada como alto riesgo por periodo intergenesico largo +tamizaje positivo para preeclampsia acude para control prenatal.Refiere sentirse regular porque dice presenta dolor inguinal derecho +dolor lumbar y de miembro inferior derecho .Niega síntomas urinarios , acusa flujo blanco pruriginoso , no perdidas vaginal de sangre o líquido , percibe movimientos fetales , no dolor bajito , niega síntomas premonitorios .Dice haber consultado por urgencia el 14-10-2021 se le diagnostico IVU y ordenó manejo con cefalexina +urocultivo de control.
Toma micronutrientes(GEstavit) recomendados con buenas tolerancia .Vacunacion = Ha recibido 1 dosis de Td /influenzae/ 2 dosis covid . Asistio a consulta con nutrición y psicología a donde fue remitida, dice hacer dieta recomendada.
Aporta laboratorios del segundo trimestre.
.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 24.4 .
Edad gestacional por ECO: 23.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 29/10/2021 .
Semanas Último Control: 23.3 .
No. Controles prenatales: 11 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 72 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 27.1 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 343.35 gramos por semana
Superficie corporal: 1.84 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, doloroso a la palpacion de fosas iliacas , sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: dolor a la palpacion de columna lumbar y articulaciones sacroiliacas..
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (22), No. de fetos (1), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (142), Observaciones: ocupado por utero gravido ,feto unico cefalico ,dorso derecho.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

CONTROL PRENATAL

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 25/10/2021 07:16:00

Hematologia
1. Hematocrito (%): 36.1.
2. Hemoglobina (gr/dL): 12.3.
3. Plaquetas (Trombocitos) mm³: 219

Quimica Sanguinea
1. Glicemia (mg/dl): 103.7.
2. Tolerancia a la Glucosa pre (mg/dl): 103.7.
3. Tolerancia a la Glucosa 1 Hora (mgr/dl): 214.5.
4. Tolerancia a la Glucosa 2 horas (mg/dl): 159.6

Inmunologia
1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.25

Analisis de Laboratorio
1. Parcial de Orina: Normal,

Imageneología

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Fecha de realización: 23/10/2021 00:00:00

Ecografia Obstetrica
1. Edad Gestacional Ecografia Obstetrica (Sem): 22.2.
2. Edad Gestacional por Biometria (Sem): 22.2.
3. Placenta: Placenta previa marginal.
4. Presentación: Cefálico.
5. Restricción de crecimiento intrauterino: No.
6. Malformaciones: No.
7. Peso Total Estimado (g): 509.
8. Anomalias: No.
9. Observaciones: Dra Gonzalez = feto simetrico , crecimiento en percentil adecuado (38.6°), sin alteraciones estructurales ,tamizaje negativo para cromosopatias , doppler de arterias uterinas normal, tamizaje negativo para preeclampsia , placenta previa .

.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente de 35 años con segunda gestacion de +/-23.3 semanas , clasificada como alto riesgo por periodo intergenesico largo +tamizaje positivo para preeclampsia +diabetes gestacional +placenta previa .Estado socioeconomico adecuado .Examen fisico = con signos de dolor ligamentario ,lumbago y sacroileitis bilateral , con sobrepeso (IMC=27.1).Laboratorios del primer trimestre normales , sin inmunidad para toxoplasmosis , se tomó primera prueba rapida para vih /sifilis/hepatitis B= negativas , ecografia transvaginal normal.Ecogafia genetica alterada .Laboratorios del segundo trimestre reporta CTOG compatible con diabetes gestacional , Ecografia nivel III reporta placenta previa con DAU normal .Se tomó segunda prueba rapida para vih/sifilis = negativa . Realizó consulta virtual con psicología y nutricionista .Dice tomar micronutrientes (Gestavit +ASA 100 mgr dia) con buena tolerancia.
Se recomienda suspender consumo de azucar , programar cita de control con ginecologia y nutricionista , uso de faja de sosten materno y de AINES en gel topico .
Se da recomendaciones en signos de alarma , medidas de cuidado general y de prevencion de contagio con toxoplasmosis y coronavirus .
Se diligencia cartilla de control prenatal y se indica llevarla a todas las citas .

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 23.3 semanas.
Diagnóstico Asociado 1: Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), Confirmado nuevo, RIESGO INMINENTE: SI.
Diagnóstico Asociado 2: Lumbago no especificado (M545), Confirmado nuevo.
Diagnóstico Asociado 3: Trastorno del ligamento (M242), Bilateral, Confirmado nuevo.

ADHERENCIA A PROGRAMAS

CONTROL PRENATAL
- Adherencia Control Prenatal
¿Ha asistido a todos los controles que su médico sugiere?: Si.
¿Ha consumido los micronutrientes formulados por su médico?: Si.
¿Se ha realizado los tratamientos ordenados por su médico?: Si.
Asistio a odontología: Si.
Asistio a consulta de planificación: Si.
Asistio a nutrición: Si.
¿Ha seguido las instrucciones y recomendaciones ordenadas en las consultas?: Si.
Recibe paquete de micronutrientes: No.
¿Paciente adherente?: Si.
No. de talleres asistidos: 0.0.
Número de controles asistidos: 11.0.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Tratamiento para sífilis gestacional: No.
Re-tratamiento sífilis gestacional: No.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Acetaminofen 500 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 6 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 40, Número de entregas: 1

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: SE RECOMIENDA DIETA RICA EN FRUTAS Y LACTEOS FRACCIONADA , REPOSO DEL LADO IZQUIERDO , USO DE ROPA COMODA Y ZAPATOS BAJOS , EVITAR ESFUERZOS FISICOS Y ESTADOS DE ESTRES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SU TRABAJO .
CONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA COMO SINTOMAS URINARIOS (CAMBIOS EN EL COLOR O EL OLOR DE LA ORINA , ARDOR PARA ORINAR) , FLUJOS FEOS VERDES AMARILLOS QUE HUELAN MAL O QUE RASQUEN , DOLOR BAJITO QUE NO MEJORE CON EL REPOSO ,PERDIDAS VAGINALES DE SANGRE O LIQUIDO , NO SENTIR MOVERSE AL BEBE , DOLOR DE CABEZA , ESCUCHAR PITOS O VER LUCES BRILLANTES , HINCHAZON DE PARPADOS O EXTREMIDADEDES , FIEBRE , DOLORES DE PARTO (COMO COLICOS MENSTRUALES MAS INTENSOS) ,SI NO INICIA TRABAJO DE PARTO DENTRO DE LA FECHA PROBABLE DE PARTO CALCULADA.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

20/08/2021 10:45:53. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Luz Marina Rojas Barrera. Reg. Médico. 34538695. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 57818850. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 3 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 6. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO. Motivo de consulta: se atiende utilizando todos los elementos de proteccion personal para evitar posibles infecciones por covid 19
control prenatal 6.
Enfermedad Actual: paciente de 35 años de edad g2p1v1 , eg actual x eco tv 13 semanas 3 dias , fpp 22 de 02 de 2022 , embarazo de alto riesgo por edad materna tardia , sd de ansiedad en manejo con psiquiatria , sin tratamiento farmacologico , ya laa valoro piscologia ,

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

tiene agendada eco genetica para el 24 de 08 de 2021
refiere que consulto a la estancia el 30 de 06 de 2021 por dolor pelvico y sangrado escaso el dia anterior , se autolimito el sangrado , le tomaron parcial de orinaa normal y le dan egreso con analgesia
aporta paraclinicos tomados el 29 de 06 de 2021 se registran en historia clinica : sin inmunidad para toxoplasma , glicemia elevada , hemoglobina glicosilada 5.1% negativa para diabetes , gram vaginal con vaginosis , resto de examenes normales
le tomaron pruebas rapidas el 24 de 06 de 2021 no reactivas
valorada por ginecologia la cita acontrol con eco genetica , cita aagendada el 27 de 08 de 2021
recibe gestavit y acido folico , valorada por nutricion y psicologia , ya la valoro odontologia
refiere nauseas , vomito, niega sangrado vaginal, no sintomas urinarios no hay otros sintomas de alarma.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 14.4 .
Edad gestacional por ECO: 13.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 20/08/2021 .
Semanas Último Control: 13.3 .
No. Controles prenatales: 6 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 68.6 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 25.82 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 345.86 gramos por semana
Superficie corporal: 1.79 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: AV Ojo derecho (20/20), AV Ojo izquierdo (20/20), Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: normales.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)), Observaciones: normales .
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: alerta .
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite), Cervicovaginoscopia con especulo (se omite), Genitales externos (normales), Observaciones: utero no reactivo , no sangrado vaginal.
Examen obstétrico: No. de fetos (1), Situación (Oblicuo).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
atencion domiciliaria
paciente de 35 años de edad g2p1v1 , eg actual x eco tv 13 semanas 3 dias , fpp 22 de 02 de 2022 , embarazo de alto riesgo por edad materna tardia , sd de ansiedad en manejo con psiquiatria , sin tratamiento farmacologico , ya laa valoro piscologia , tiene agendada eco genetica para el 24 de 08 de 2021
refiere que consulto a la estancia el 30 de 06 de 2021 por dolor pelvico y sangrado escaso el dia anterior , se autolimito el sangrado , le tomaron parcial de orinaa normal y le dan egreso con analgesia
paraclinicos tomados el 29 de 06 de 2021 se registran en historia clinica : sin inmunidad para toxoplasma , glicemia elevada , hemoglobina glicosilada 5.1% negativa para diabetes , gram vaginal con vaginosis , resto de examenes normales
imc 25.8 sobrepeso
conducta dieta balancaeada indicada por nutricion , recibe gestavit + acido folio , se indica tratamiento para vaginosis , sacar cita con odontologia , se envia a vacunacion , le aplicaron primera dosis de vacuna contra el covid el 17 de 08 de 2021 , ya tiene agendada eco genetica para el 24 de 08 de 2021 , se remite a ginecologia , se refuerza signs de alarma

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 16.

Diagnóstico Principal: Aumento anormal de peso (R635), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , No Embarazada, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 1: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 2: Trastorno de ansiedad , no especificado (F419), Confirmado repetido, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 3: Vaginitis aguda (N760), Confirmado nuevo, RIESGO INMINENTE: NO.

ADHERENCIA A PROGRAMAS

CONTROL PRENATAL
- Adherencia Control Prenatal
¿Ha asistido a todos los controles que su médico sugiere?: Si.
¿Ha consumido los micronutrientes formulados por su médico?: Si.
¿Se ha realizado los tratamientos ordenados por su médico?: Si.
Asistio a odontología: Si.
Asistio a consulta de planificación: Si.
Asistio a nutrición: Si.
¿Ha seguido las instrucciones y recomendaciones ordenadas en las consultas?: Si.
Recibe paquete de micronutrientes: No.
¿Paciente adherente?: Si.
Tratamiento para sífilis gestacional: No.
Re-tratamiento sífilis gestacional: No.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Metronidazol Ovu 500mg: Introducir (vía vaginal) 1 óvulo cada 1 día(s) por 7 día(s). Cantidad total: 7, Número de entregas: 1 Recomendaciones: aplicar intravaginal cada noche x 7 dias .

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: conducta dieta balancaeada indicada por nutricion , recibe gestavit + acido folio , se indic tratamiento para vaginosis , sacara cita con odontologia , se envia a vacunacion , ya tiene agendada eco genetica para el 24 de 08 de 2021 , se remite a ginecologia , se refuerza signs de alarma

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
   - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
   - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 5.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
   - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
   - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

29/11/2021 07:58:58. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Erika Tatiana Ruiz Melo. Reg. Médico. 1151952810. Nutricion Humana.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.
Admisión No. 62550184. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Adulto, Control Prenatal.

ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA
Anamnesis nutricional: D:MANZANA CON KIWI HUEVO COCINADO Y CAFE SIN LECHE
MM : NC
ALM: SOPA - CREMA POLLO - PAPA CON POLLO ENSALADA
MT :CAFE CON MANZANA Y PERA
CENA :POLLO BECHAMEL CON PAPAS AMARILLAS

Observaciones: INTOLERANCIA ALERGIAS ALIMENTAIRAS NO REFIERE
Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: CONTROL PRENATAL.
Enfermedad Actual: EMBARAZO.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS
Peso actual: 70,9 kg.
Talla: 1,63 m.
Indíce de masa corporal: 26,69(kg/m2) - -Sobrepeso
Peso pre-gestacional: 71 kg.
IMC pre-gestacional: 26

EXÁMENES PARACLÍNICOS
EXÁMENES DE LABORATORIO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(25/10/2021 00:00:00). Informe totalmente validado por el laboratorio.. TOXIgM,CHS,CURVA2H,PO : DIABETES GESTANCIONAL .
.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS
DIABETES

Fecha de realización: 25/10/2021 07:16:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 103.7.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE CON 27 SEMANAS DE GESTACION- SE REALIZA TELECONSULTA NO PRESENCIAL, NO SE REALIZA EXAMEN FISICO POR CONTINGENCIA , SE TOMAN DATOS ANTROPOMETRICOS DE HISTORIA CLINICA ANTERIOR
PESO LIMITE:77 KG PESO ACTUAL : 70 KG
IMC GESTACIONAL : SOBREPESO
ECOGRAFIA PENDEINTE 9 - 12 .21 - CURVA ALTERADA - YA ESTA EN MANEJO CON GLUCOMETRIAS
SE CONTINUA CON ALIMENTACION SALUDABLE
DERECHO NOVIEMBRE 2021: RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO SIN DISCRIMINACION ALGUNA
DEBER NOVIEMBRE 2021: RESPETAR LA DIGNIDAD DE OTROS PACIENTES , SUS FAMILIAS Y AL PERSONAL DE LA INTITUCION.

Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Tiempo Evolución: 27 Semana(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación Nutricional: Normal, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 27 semanas.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutricion Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE CRÓNICO QUIEN REQUIERE CONTROL EN 3 MESES EN EL MES DE FEBRERO DE 2022. Observaciones: DIABETES GESTANCIONAL - EMBARAZO .

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: "¿ Incluir todos los grupos de alimentos en cantidades y porciones adecuadas que garanticen el aporte de nutrientes que se requieren durante esta etapa
¿ Evite el consumo de comidas rápidas (perros calientes, hamburguesas, pizza, etc.), paquetes (papas, doritos, etc.)
¿ Evite el consumo de bebidas gaseosas, té (suntea, frutiño) y jugos procesados
¿ Evite el consumo de Carnes frías y embutidos como: mortadela, jamón, salchicha, salchichón y chorizo.
¿ Evite el uso de condimentos, sazonadores (caldo maggi, ricostilla, etc.) y sopas de sobre
¿ Evite el consumo de suplementos multivitamínicos (kola granulada, tarrito rojo, emulsión de scott)
¿ Evite el consumo de bebidas energizantes (gatorade, redbull, vive100, etc.)
¿ Evite el consumo de bebidas alcohólicas
¿ Disminuya el consumo de productos de repostería y panadería (tortas, ponqués, galletas dulces, etc.)
¿ Consumo de agua de 8 - 10 vasos (2 litros aproximadamente) al día
¿ Limite el Consumo de azúcares, miel, panela, dulces y postres
¿ Limite el consumo de sal, evite el salero en la mesa
¿ Evite el ají, no picantes y/o irritantes gástricos
¿ Evite el consumo de tinto y/o bebidas oscuras concentradas
¿ Evite el consumo de preparaciones fritas, nada de untar (mantequilla, queso crema, etc.), no salsas (mayonesa, salsa de tomate)
¿ Establecer horarios fijos de comida, consumir alimentos cada 3 horas
¿ Comer tranquilo (a), masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases
"
ELIMINAR

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

SANDIA, FRUTAS DULCES CONSUMIR SIEMPRE Y CUANDO NO ESTEN MADURAS Y DOS O TRES VECES POR SEMANA EN PORCION , NO JUGOS (PIÑA , MANGO , UVAS, PAPAYA , BANANO , MANDARINA, NARANJA) , ZANAHORIA COCIDA, ZAPALLO, REMOLACHA, PURE DE PAPA, TOSTADAS, SANCOCHO , AJIACO, MIEL, AZUCAR, PANELA, PRODUCTOS DE PANADERIA BUÑUELOS PAN DE BONO PAN HOJALDRAS MASAS, PRODUCTOS INDUSTRIALIZADOS GASEOSAS JUGOS HIT PONY MALTA, MILO , CHOCOLISTO , CHOCLATE D EMESA, ARANDANOS UVAS PASAS, TE, MECATOS, CHOCOLATES, PAN, CIGARRILLO, BEBIDAS ALCOHOLICAS. COMIDA CHATARRA Y FRITA

ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar actividad física, por ejemplo caminar 30 ¿ 60 minutos al día, en caso de realizar otro tipo de actividades consúltelo previamente con el médico

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: "LACTEOS Y DERIVADOS
1 vaso de leche entera, semi o descremada,
1 vaso kumis y yogurt semi o descremado
1 pocillo chocolatero de Café en leche o chocolate
1 pocillo chocolatero de Avena o colada

VERDURAS, HORTALIZAS Y LEGUMBRES VERDES
1-2 porciones de verduras en ensaladas, cocidas, salteadas o en crema (zanahoria, habichuela, arveja, pepino, remolacha, ahuyama, etc.)
Hortalizas: lechuga, espinacas, acelgas, brócoli, coliflor

FRUTAS
Enteras: (1 unidad mediana): manzana, pera, naranja, durazno, mandarina, mango, granadilla, etc.
Porción picada: (1 porción mediana): papaya, melón, piña, mango, patilla, etc.
Frutas pequeñas: (5-10 unidades): fresas, uvas, ciruelas, moras, uchuvas, etc.

HARINAS, CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS:
1 Arepa mediana, 1 pan integral, 2- 5 galletas integrales, 2 tostadas, 2 calados, 1 envuelto mediano
¿ pocillo arroz cocido , 1 pocillo pasta cocida,
1 plato de sopa o crema mediano
1- 2 Papas comunes medianas, 3-5 papas criollas,
¿ Plátano, 1-2 astillas de yuca medianas

CARNES, HUEVOS, QUESOS Y PESCADOS
Pollo sin piel y sin hueso (pierna pernil o 1 trozo mediano de pechuga)
1 porción mediana de carne de res, de cerdo o de ternera
1 filete de pescado o 1 porción mediana
1 tajada delgada de queso semi o descremado
Huevo 1 unidad mediana

LEGUMINOSAS SECAS
¿ de pocillo de Frijol, lenteja, garbanzo o arveja seca (preparados)

GRASAS Y ACEITES
1 cdta aceite vegetal (canola, soya, girasol o maíz) para preparar
1 cdta aceite de oliva para aderezar
1 trozo mediano de aguacate
1 trozo pequeño de coco"

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

29/10/2021 13:55:39. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Datos del profesional de la salud: Erika Tatiana Ruiz Melo. Reg. Médico. 1151952810. Nutricion Humana.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.
Admisión No. 61196537. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Adulto, Control Prenatal.

ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA
Anamnesis nutricional: D:CAFE PAN HUEVO COCINADO
MM :TAMAL CON JUGO DE NARANJA
ALM: ARROZ CON CAMARONES CON PAPA Y ENSLADA
MT : KUMIS CON GALLETAS
CENA : SANDWCHC CON YOGURT

Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: CONTROL PRENATAL.
Enfermedad Actual: EMBARAZO.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS
Peso actual: 71 kg.
Talla: 1.63 m.
Indíce de masa corporal: 26.72(kg/m2) - -Sobrepeso
Peso pre-gestacional: 71 kg.
IMC pre-gestacional: 26

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE CON 23 SEMANAS DE GESTACION- SE REALIZA TELECONSULTA NO PRESENCIAL, NO SE REALIZA EXAMEN FISICO POR CONTINGENCIA , SE TOMAN DATOS ANTROPOMETRICOS DE HISTORIA CLINICA ANTERIOR
PESO LIMITE: 77 KG - PESO ACTUAL : 71 KG
IMC GESTACIONAL : SOBRPESO
CURVA ALTERADA POR LO QUE SE HACE CORRECCIONES .
ECOGRAFIA 23-10 -21 PESO FETAL 509 GRAMOS LIQUIDO PLACENTA PREVIA DOPPLER NORMAL
SE CONTINUA CON ALIMENTACION SALUDABLE - SE DEJAN ALIMNTOS ALTOS EN INDICE GLICEMICO PARA QUITAR DE LA ALIMNTACION
DERECHO OCTUBRE 2021: OBTENER DEL EQUIPO DE SALUD UNA COMUNICACIÓN PLENA Y CLARA
DEBER OCTUBRE 2021: FIRMAR EL CONSENTIMIENTO O DISENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PRECEDIMIENTOS QUE LO REQUIEREN

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Tiempo Evolución: 23 Semana(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación Nutricional: Sobrepeso, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 23 semanas.

PLAN DE MANEJO - DIETA
Modificada en carbohidratos, Modificada en grasas.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutricion Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE GESTANTE QUIEN REQUIERE CONTROL EN 1 MES EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2021.. Observaciones: EMBARAZO .

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: "EJEMPLO DE TU MENU MODELO

DESAYUNO:
Bebida en _____ sin dulce (1 pocillo)
Proteína (huevo no frito o queso) (1 porción)
Harina (1 porción)
Fruta entera (1 porción)

MEDIAS NUEVES: Fruta entera (1 porción)

ALMUERZO:
Proteína (Carnes) (1 porción)
Harina (1 porción)
Verdura cruda y cocida (1 porción)
Bebida sin azúcar (1 vaso)

ONCES: Fruta entera (1 porción)

CENA: Similar al desayuno con 1 porción de harina

Una porción de HARINA equivale a:

1 pocillo de cereal sin dulce	1 pan integral	1 pan blanco	1 tajada de pan
2 tostadas o calados	1 arepa mediana	5 galletas soda	2 pocillos de maiz pira
1/2 plato de sopa de cualquier tipo	1/2 pocillo chocolatero de arroz	1/2 arracacha mediana	2 papas comunes pequeñas
6 papas criollas medianas	1/2 plátano hartón	2 astillas pequeñas de yuca	
1 pocillo de pastas en cocido	3/4 de pocillo de leguminosa: fríjol, lenteja, garbanzo, soya o arveja seca		

Una porción de FRUTA equivale a:

1/2 banano	1 pitaya mediana	1/4 mango tomy	12 unidades de uchuvas	
1 manzana pequeña	1 tajada delgada de piña	1 ciruela chilena	2 higos	
3 ciruelas comunes	1 zapote	1 durazno mediano	1 mango de azúcar	
1 pera	1 naranja pequeña	1 mandarina pequeña	2 tajadas de melón	
12 unidades de mora	6 cdas soperas de guanábana	1 tajada de papaya	1 toronja	
1 guayaba mediana	2 feijoas medianas	1 granadilla	1 tajada delgada de patilla	
13 unidades de fresas	20 uvas nacionales	2 kiwis medianos"		

RECOMENDACIONES GENERALES: CARNES
Preferir: Consumir pescado y pollo sin piel. Carne de res, ternera, pollo, cerdo magra
Evitar: Carnes grasosas: chicharrón, costillas, etc. Carnes de salsamentaria (jamón, jamoneta, mortadela),embutidos (salchicha, salchichón), vísceras (hígado, pajarilla, callo, chunchullo, menudencias de pollo), piel de pollo, fritanga

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

LÁCTEOS
Preferir: Leche semi o descremada, kumis y yogurt bajo en grasa y sin azúcar añadida. Queso descremado (pera, mozarella, campesino)
Evitar: Leche deslactosada, quesos grasosos como campesino entero, doble crema, parmesano, roquefort, costeño, holandés. Queso de untar o cuajada.

FRUTAS Y VERDURAS
Preferir: Frutas y verduras enteras o al natural (NO JUGOS).
Evitar: Jugos de frutas, frutas y verduras enlatadas o en frascos, frutas cristalizadas.

HARINAS
Preferir: En lo posible incluya alimentos integrales como pan, galletas, calados integrales, avena en hojuelas, cereales del desayuno sin dulce (sin azúcar, panela, miel, melaza). Todas las harinas se pueden consumir teniendo en cuenta la porción y la mezcla de las mismas.
Evitar: Productos de pastelería: tortas, bizcochos, ponqués, galletas, buñuelos, almojábanas, pan de yuca, roscones. Empanadas, tamales, maíz pira, productos empaquetados como chitos, papas, patacones, maizitos, cereales para el desayuno con azúcar o miel.

DULCES
Preferir: Como alternativa puede consumir edulcorantes 100% stevia; tenga en cuenta que no son de libre consumo.
Evitar: Azúcar, miel, panela, fructosa y productos que los contengan como: chocolatinas, golosinas, caramelos, helados, dulces caseros, mermelada, bocadillo, cocoa, gelatina, arequipe, jalea, postres y dulces en general.

BEBIDAS
Preferir: Consuma suficiente agua al día. Consuma bebidas sin dulce como limonada natural, aromáticas, agua saborizada natural hecha en casa, te en agua, refrescos dietéticos, tinto, chocolate sin azúcar, gelatina dietética.
Evitar: Jugo de frutas naturales ni industrializados, gaseosas con o sin azúcar, chocolate con azúcar, agua de panela, bebidas energizantes, refrescos con azúcar (Mr. Te, Suntea, Tang, Frutiño), bebidas alcohólicas, agua de aloe, agua saborizada industrial.

GRASAS
Preferir: Esta permitido el uso de aceites vegetales en especial de canola y girasol (cocido), oliva (crudo). Aguacate, semillas secas.
Evitar: Mantequilla, margarina, mayonesa, crema de leche, manteca, frituras.

CONDIMENTOS
Preferir: Condimentos naturales, cebolla, tomate, perejil, pimentón, ajo. Cilantro, tomillo, laurel, etc en diferentes preparaciones.
Evitar: Evite usar el salero en la mesa. Evite el consumo de sopas de sobre, caldos de cubo, salsa de soya, bicarbonato de sodio, alimentos procesados, salsa de tomate, aderezos para ensaladas a base de mayonesa.

Otras Recomendaciones:
-Mastique bien los alimentos y no realice ninguna otra actividad mientras come
-Consuma los alimentos en un ambiente tranquilo y agradable
-Su alimentación debe ser fraccionada con 5 a 6 comidas al día, en un horario estricto, y en lo posible no omitir ninguna (Desayuno, nueves, Almuerzo, onces, Cena).

ACTIVIDAD FÍSICA: Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y de reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes se recomienda que se dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas (caminar, bailar, trotar, pedalear, nadar)

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: ALIMENTOS PARA ELIMINAR POR DB2
SANDIA, FRUTAS DULCES CONSUMIR SIEMPRE Y CUANDO NO ESTEN MADURAS Y DOS O TRES VECES POR SEMANA EN PORCION , NO JUGOS (PIÑA , MANGO , UVAS, PAPAYA , BANANO , MANDARINA, NARANJA) , ZANAHORIA COCIDA, ZAPALLO, REMOLACHA, PURE DE PAPA, TOSTADAS, SANCOCHO , AJIACO, MIEL, AZUCAR, PANELA, PRODUCTOS DE PANADERIA BUÑUELOS PAN DE BONO PAN HOJALDRAS MASAS, PRODUCTOS INDUSTRIALIZADOS GASEOSAS JUGOS HIT PONY MALTA, MILO , CHOCOLISTO , CHOCLATE D EMESA, ARANDANOS UVAS PASAS, TE, MECATOS, CHOCOLATES, PAN, CIGARRILLO, BEBIDAS ALCOHOLICAS. COMIDA CHATARRA Y FRITA

Recomendación 2:

RECOMENDACIONES GENERALES: "¿ Incluir todos los grupos de alimentos en cantidades y porciones adecuadas que garanticen el aporte de

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

nutrientes que se requieren durante esta etapa
¿ Evite el consumo de comidas rápidas (perros calientes, hamburguesas, pizza, etc.), paquetes (papas, doritos, etc.)
¿ Evite el consumo de bebidas gaseosas, té (suntea, frutiño) y jugos procesados
¿ Evite el consumo de Carnes frías y embutidos como: mortadela, jamón, salchicha, salchichón y chorizo.
¿ Evite el uso de condimentos, sazonadores (caldo maggi, ricostilla, etc.) y sopas de sobre
¿ Evite el consumo de suplementos multivitamínicos (kola granulada, tarrito rojo, emulsión de scott)
¿ Evite el consumo de bebidas energizantes (gatorade, redbull, vive100, etc.)
¿ Evite el consumo de bebidas alcohólicas
¿ Disminuya el consumo de productos de repostería y panadería (tortas, ponqués, galletas dulces, etc.)
¿ Consumo de agua de 8 - 10 vasos (2 litros aproximadamente) al día
¿ Limite el Consumo de azúcares, miel, panela, dulces y postres
¿ Limite el consumo de sal, evite el salero en la mesa
¿ Evite el ají, no picantes y/o irritantes gástricos
¿ Evite el consumo de tinto y/o bebidas oscuras concentradas
¿ Evite el consumo de preparaciones fritas, nada de untar (mantequilla, queso crema, etc.), no salsas (mayonesa, salsa de tomate)
¿ Establecer horarios fijos de comida, consumir alimentos cada 3 horas
¿ Comer tranquilo (a), masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases
"

ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar actividad física, por ejemplo caminar 30 ¿ 60 minutos al día, en caso de realizar otro tipo de actividades consúltelo previamente con el médico

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: "LACTEOS Y DERIVADOS
1 vaso de leche entera, semi o descremada,
1 vaso kumis y yogurt semi o descremado
1 pocillo chocolatero de Café en leche o chocolate
1 pocillo chocolatero de Avena o colada

VERDURAS, HORTALIZAS Y LEGUMBRES VERDES
1-2 porciones de verduras en ensaladas, cocidas, salteadas o en crema (zanahoria, habichuela, arveja, pepino, remolacha, ahuyama, etc.)
Hortalizas: lechuga, espinacas, acelgas, brócoli, coliflor

FRUTAS
Enteras: (1 unidad mediana): manzana, pera, naranja, durazno, mandarina, mango, granadilla, etc.
Porción picada: (1 porción mediana): papaya, melón, piña, mango, patilla, etc.
Frutas pequeñas: (5-10 unidades): fresas, uvas, ciruelas, moras, uchuvas, etc.

HARINAS, CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS:
1 Arepa mediana, 1 pan integral, 2- 5 galletas integrales, 2 tostadas, 2 calados, 1 envuelto mediano
¿ pocillo arroz cocido , 1 pocillo pasta cocida,
1 plato de sopa o crema mediano
1- 2 Papas comunes medianas, 3-5 papas criollas,
¿ Plátano, 1-2 astillas de yuca medianas

CARNES, HUEVOS, QUESOS Y PESCADOS
Pollo sin piel y sin hueso (pierna pernil o 1 trozo mediano de pechuga)
1 porción mediana de carne de res, de cerdo o de ternera
1 filete de pescado o 1 porción mediana
1 tajada delgada de queso semi o descremado
Huevo 1 unidad mediana

LEGUMINOSAS SECAS
¿ de pocillo de Frijol, lenteja, garbanzo o arveja seca (preparados)

GRASAS Y ACEITES
1 cdta aceite vegetal (canola, soya, girasol o maíz) para preparar
1 cdta aceite de oliva para aderezar

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

1 trozo mediano de aguacate
1 trozo pequeño de coco"

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

05/08/2021 13:43:25. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Erika Tatiana Ruiz Melo. Reg. Médico. 1151952810. Nutricion Humana.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.
Admisión No. 57206421. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 2 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Adulto, Control Prenatal.

ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA
Anamnesis nutricional: D:HUEVO BATIDO CON AGUA DE PANELA CON GALLETAS Y ARROZ Y PLATANO
MM :CEREAL EN LECHE FRUTAS
ALM :ARROZ CON LENTEJAS AGUACATE CARNE
MT :
CENA:ALM

Observaciones: INTOLERANCIA ALERGIAS ALIEMNTARIAS NO REFIERE
Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: PRIMER CONTROL PRENATAL.
Enfermedad Actual: EMBARAZO.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS
Peso actual: 67.6 kg.
Talla: 1.63 m.
Indíce de masa corporal: 25.44(kg/m2) - -Sobrepeso
Peso pre-gestacional: 64 kg.
IMC pre-gestacional: 24

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE CON11 SEMANAS DE GESTACION- SE REALIZA TELECONSULTA NO PRESENCIAL, NO SE REALIZA EXAMEN FISICO POR CONTINGENCIA , SE TOMAN DATOS ANTROPOMETRICOS DE HISTORIA CLINICA ANTERIOR, REFIERE NAUSEAS
PESO PRE :64 KG
IMC PRE NORMAL
GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO:10 -13KG
PESO LIMITE:77 KG
IMC GESTACIONAL: NORMAL
SE REALIZA EDUCACION Y CAMBIOS DE ALIMENTACION
DERECHO AGOSTO 2021: PRESENTAR QUEJAS RECLAMOS O SUGERENCIAS SOBRE LA ATENCION EN SALUD PRESTADA.
DEBER AGOSTO 2021:. FIRMAR EL CONSENTIMIENTO O DISENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO REQUIEREN

Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Tiempo Evolución: 2 Año(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación Nutricional: Normal, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Primer Trimestre, 11 semanas.

PLAN DE MANEJO - DIETA
Normal.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutricion Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE GESTANTE QUIEN REQUIERE CONTROL EN 3 MESES EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2021.. Observaciones: EMBARAZO .

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: EVITAR
EMBUTIDOS (SALCHICHAS, MORTADELAS, JAMONES, CHORIZOS) , ENLATADOS (ATUNES SARDINAS

SIGNOS DE ALARMA: DOLOR DE CABEZA, MAREOS, ZUMBIDOS EN LOS OIDOS , CANSANCIO, MUCHA ANSIEDAD POR COMER, MUCHA SED, MUCHAS GANAS DE IR AL BAÑO, VISION BORROSA , HORMIGUEO , HINCHAZON EN BRAZOS Y PIERNAS, SANGRADOS, DOLORES BAJITOS, ARDOR AL ORINAR.

ACTIVIDAD FÍSICA: FORTALECIMIENTO DE PISO PELVICO Y RESPIRATORIO

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES
ESTABLECER TIEMPOS DE COMIDA ¿ HORARIO FIJO
AUMENTAR CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS 4-5 VECES AL DIA
FRUTAS PORCION NO JUGOS
CAFE UNA VEZ AL DIA -CHOCOLATE CRUZ 1 VEZ POR SEMANA
TORTILLAS - HARINA DE TRIGO ¿ AVENA EN HOJUELAS , ZANAHORIA RALLADA ¿ O CUALQUIER VERDURA , POLLO DESMECHADO , BANANO , HUEVO
PANQUES ¿ HARINA DE AVENA , HUEVO , VERDURA RAYADA , ESCENCIA DE VAINILLA , LECHE SE LICUA Y SE COCINA EN UN SARTEN ¿ ACEITE DE OLIVA
MEDIA MAÑANA Y MEDIA TARDE PORCION DE FRUTA NO MADURA + FRUTOS SECOS (MANI, PISTACHO, MACADAMIA, ALMENDRAS, NUEZ 30 G O GALLETAS INTEGRALES (SALTINAS) + BEBIDA LACTEA YOGURT KUMIS LECHE
HELADO ¿ YOGURT GRIEGO + MERMELADA CASERA ¿ COBERTURA DE CHOCOLATE AMARGO + ACEITE DE COCO ¿ FRUTOS SECOS -
DESAYUNO HUEVO QUESO POLLO (TOMATE CEBOLLA, ESPINACAS, ACELGA , BROCOLI , CHAMPIÑONES) + AREPA DE MAIZ(SE PUEDE RAYAR UNA VERDURA ZANAHORIA , ESPINACAS , BROCOLI) ENCIMA AGUACATE + PORCION DE FRUTA + BEBIDA
ALMUERZO PORCION DE FRUTA NO SOPAS O CREMAS DE VERDURAS 2-3 VECES POR SEMANA
¿ ENSALADA AGUACATE O ACEITE DE OLIVA
¿ POLLO PESCADO VISERAS CARNE ROJAS 2 VECES POR SEMANA LEGUMINOSAS (JUGO DE MORA FRESAS MANGO NARANJA PIÑA

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

GUAYABA) COCIDA AL VAPOR O A LA PLANCHA
¿ PAPA YUCA PLATANO ARROZ O PASTAS + VERDURA ESCOGER SOLO UNA
CENA PROTEINA + VERDURA + GALLETAS 2 UNIDADES
AVENA EN HOJUELAS COCIDA + FRUTA
QUESO CUAJADA
LECHE
CONSUMO DE AGUA 6-8 VASOS AL DIA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 5.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

16/12/2021 10:43:18. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 63383529. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 17. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: ASISTE A VALORACION.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 30.1 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO (INICIAL), DBT GESTACIONAL, LIGAMENTITIS, PLACENTA PREVIA, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE 2021. EN EL MOMENTO REFIERE CEFALEA Y SENSACION DE MAREO, MOVIMIENTOS FETALES +, TOMA MICRONUTRIENTES, ENSOY DBT, METFORMINA, ASA. YA FUE VALORADA POR PSIQUIATRIA, REMITIO A PSICOLOGIA, TRAE GLUCOMETRIAS DESDE EL 4 DICIEMBRE

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

CON EL 33% ALTERADAS, ECO DOPPLER DEL 9 DICIEMBRE SEM 29 BIOMETRIA CONCORDANTE, PESO P 29, DOPPLER FP Y DE UTERINAS NORMAL, CIRCULAR DE CORDON AL CUELLO DE UN ASA, SOLICITO ECO DOPPLER Y ECOCARDIO SEM 36. YA TIENE ORDEN PARA NUEVO TOXO.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 31.3 .
Edad gestacional por ECO: 30.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 16/12/2021 .
Semanas Último Control: 30.2 .
No. Controles prenatales: 17 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 69.8 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 26.27 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 92.72 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.81 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: GANANCIA 2.8 KG.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (27), No. de fetos (1), Fetocardia auscultable (lat/min) (150).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN VALORACION POR MED MATERNO FETAL Y ENDOCRINOLOGIA, SS ECOCARDIO FETAL CONTROL CON RESULTADOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 30 semanas.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOCARDIOGRAFIA FETAL, No. 1, PLAN VALORACION POR MED MATERNO FETAL Y ENDOCRINOLOGIA, SS ECOCARDIO FETAL CONTROL CON RESULTADOS.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
REMISION

1. Se solicita remisión Ginecologia y Obstetricia Por solicitud del médico tratante. Justificación: VALORACION POR MED MATERNO FETAL.

INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Endocrinologia Por solicitud del médico tratante. Justificación: DBT GESTACIONAL NO CONTROLADA. Observaciones: PRIORITARIO.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL CON RESULTADO

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

02/12/2021 11:12:29. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 62758508. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 15. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: ASISTE A VALORACION.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 28.1 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO (INICIAL), DBT GESTACIONAL, LIGAMENTITIS, PLACENTA PREVIA, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE. EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, MOVIMIENTOS FETALES +, TOMA MICRONUTRIENTES, ASA, METFORMINA, ENSOY DBT, PENEIDNETE VAL POR PSIQUIATRIA, TRAE TOXO DEL 25 NOVIEMBRE NEGATIVO, YA TIENE ORDEN DE ECOGRAFIA, TRAE GLUCOMETRIAS DESDE EL 19 NOVIEMBRE CON GLUCOMETIRAS PRE ALTARADAS, POSPRANDIALES EN METAS.
.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 29.3 .
Edad gestacional por ECO: 28.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 02/12/2021 .
Semanas Último Control: 28.2 .
No. Controles prenatales: 15 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 80 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 70.3 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 26.46 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 117.02 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.82 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (25), No. de fetos (1).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN SE AUMENTA DOSIS DE METFORMINA A DOS AL DIA, CONTROL EN DOS SEMANAS CON ECOGRAFIA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 28 semanas.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Metformina 500mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 24 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 14, Número de entregas: 1
Recomendaciones: DOS TABLETAS AL DIA POR 7 DIAS.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL GINECOLOGIA EN DOS SEMANAS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

18/11/2021 11:33:29. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 62052939. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 14. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: ASISTE A VALORACION.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 26.1 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO (INICIAL), DBT GESTACIONAL, LIGAMENTITIS, PLACENTA PREVIA, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE. EN EL MOMENTO REFIER DOLOR EN HIPOGASTROIO QUE CEDE CON EL REPOSO, REFIERE QUE YA INICIO TERAPIA FISICA, PENDIENTE VAL POR PSIQUIATRIA, ASISTE CON GLUCOMETRIAS DESDE EL 11 NOVIEMBRE CON TODAS LOS GLUCOSAS PRE ELEVADAS Y ALGUNAS POSPRANDIALES, EN PROMEDIO EL 32 % ALTERADAS..

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 27.3 .
Edad gestacional por ECO: 26.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 18/11/2021 .
Semanas Último Control: 26.2 .
No. Controles prenatales: 14 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 70.9 Kg

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 26.69 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 148.85 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.82 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: GANANCIA 3.9 KG TOTAL.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (24), No. de fetos (1), Fetocardia auscultable (lat/min) (150).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN SE INICIA ENSOY DBT, METFORMINA, CONTROL EN DOS SEMANAS CON GLUCOMETRIAS, TOXO IGM, ECO DOPPLER SEM 29

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 26 semanas.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Metformina 500mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
Recomendaciones: TOMAR UNA TABLETA CON EL ALMUERZO TODOS LOS DIAS POR 30 DIAS.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL, No. 1, PLAN SE INICIA ENSOY DBT, METFORMINA, CONTROL EN DOS SEMANAS CON GLUCOMETRIAS, TOXO IGM, ECO DOPPLER SEM 29, POR MED MATERNO FETAL EL 9 DICIEMBRE.
2. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL, No. 1, PLAN SE INICIA ENSOY DBT, METFORMINA, CONTROL EN DOS SEMANAS CON GLUCOMETRIAS, TOXO IGM, ECO DOPPLER SEM 29, POR MED MATERNO FETAL EL 9 DICIEMBRE.
3. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO, No. 1, PLAN SE INICIA ENSOY DBT, METFORMINA, CONTROL EN DOS SEMANAS CON GLUCOMETRIAS, TOXO IGM, ECO DOPPLER SEM 29.

Recomendación 1:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

11/11/2021 10:48:19. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 61764357. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 13. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: ASISTE A VALORACION.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 25.1 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO (INICIAL), DBT GESTACIONAL, LIGAMENTITIS, PLACENTA PREVIA, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE. EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, REFIERE QUE ESTE EN INCAPACIDAD POR PSIQUIATRIA, EN ESPERA PARA VER NECESIDAD DE MEDICACION, MOVIMIENTOS FETALES +, TOMA MICRONUTRIENTE, YA FUE VALORADA POR NUTRICION, TRAE GLUCOMETRIAS DE DOS DIAS CON GLUCOSA PRE ALTERADA LAS POSPRANDIALES NORMALES. USA FAJA MATERNA, PENDIENTE INCIAR TERAPIAS F ISICA.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 26.3 .
Edad gestacional por ECO: 25.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 11/11/2021 .
Semanas Último Control: 25.2 .
No. Controles prenatales: 13 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 71.8 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 27.02 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 190.48 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.84 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: GANANCIA 4.8 KG.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (23), No. de fetos (1), Fetocardia auscultable (lat/min) (140).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN CONTROL EN UNA SEMANA PARA VALORAR LA NECESIDAD DE INICIAR MEDICAMENTOS, PENDINETE ORDENAR DOPPLER MAS CERVICOMETRIA, Y TOXO

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 25 semanas.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL CON RESULTADO EN 8 DIAS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

29/10/2021 12:06:16. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 61188508. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 12. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: ASISTE A VALORACION.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 23.2 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE.EN EL MOMENTO REFIERE CC DE DOS SEMANAS DE DOLOR EN REGION INGUINAL REFERIDO A MIEMBRO INFERIOR, REFIERE QUE RECIBIO CEFALEXINA POR IVU , PARACLINICOS DEL 25 OCTUBRE CURVA CON LOS TRES PARAMETROS ALTERADOS (103/214/159), PO NORMAL, TOXO IGM NEGTIVO, ECO DE III NIVEL DEL 23 OCTUBRE SEM22.3 BIOMETRIA COCODNTE, PLACENTA PREVIA A DESCARTAR, NO ALTERACIONES ESTRUCTURALES, DOPPLER DEUTERINAS NORMAL.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 24.4 .
Edad gestacional por ECO: 23.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 29/10/2021 .
Semanas Último Control: 23.3 .
No. Controles prenatales: 12 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 71.9 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 27.06 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 210.3 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.84 m2
Escala Dolor: 10

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: GANANCIA 4.9 KG.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (22), No. de fetos (1), Fetocardia auscultable (lat/min) (150), Observaciones: DOLOR A LA PALPACION DE LIGAMENTO INGUINAL DERECHO Y EL PUBIS.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
IDX LIGAMENTITIS, PUBALGIA DBT GESTACIONAL
PLAN VAL PRIORITARIA POR NUTRICION, GLUCOMETRIAS, INCAPACIDAD LABORAL, TERAPIFA FISICA, FAJA MATERNA, ANALGESIA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, CONTROL EN DOS SEMANAS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 23 semanas.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Glucómetro: por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1 Recomendaciones: GLUCOMETRIAS 4 VECES AL DIA PO 30 DIAS.
2. Lanceta de Glucometría: 4 Unidad cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 120, Número de entregas: 1 Recomendaciones: GLUCOMETRIAS 4 VECES AL DIA POR 30 DIAS.
3. Tira de glucometría: 4 Unidad cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 120, Número de entregas: 1 Recomendaciones: GLUCOMETRIAS 4 VECES AL DIA POR 30 DIAS.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita TERAPIA FISICA INTEGRAL, No. 10, IDX LIGAMENTITIS, PUBALGIA DBT GESTACIONAL
PLAN VAL PRIORITARIA POR NUTRICION, METFORMINA, GLUCOMETRIAS, INCAPACIDAD LABORAL, TERAPIFA FISICA, FAJA MATERNA, ANALGESIA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, CONTROL EN DOS SEMANAS, LIGAMENTITIS, PUBALGIA.

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA
Se expide incapacidad Enfermedad general durante 3 día(s) desde 29/10/2021 hasta 31/10/2021. (Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion).

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL GINECOLOGIA EN DOS SEMANAS

DIAS DE INCAPACIDAD: 3 día(s)

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

27/09/2021 10:52:02. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 59627922. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 8. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: asiste a valoracion.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 18.6 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO. EN EL MOMENTO MOLESTIAS MUSCULARES, MOVIMIENTOS FETALES PERCIBIDOS, TOMA MICRONUTRIENTES, ASA, YA INICIO VACUNACION, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE. TRAE TOXO IGM DEL 14 SEPT NEGATIVO.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
Ecografía Obstétrica
Primer Control: 24/06/2021, 6,3 semanas de Edad gestacional

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 80 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 69.5 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Índice de Masa Corporal: 26.16 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 134.41 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.8 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: GANANCIA TOTAL 2.5 KG.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (17), No. de fetos (1), Fetocardia auscultable (lat/min) (150).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, CONTROL CON ECO DE III NIVEL MAS CERVICOMETRIA

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 18 semanas.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL GINECOLOGIA CON RESULTADOS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

27/08/2021 11:00:04. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 58186635. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 7. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: ASISTE A VALORACION.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 14.3 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO. EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, TOMA MICRONUTRIENTES. TRAE ECO GENETICA DEL 24 AGOSTO BIOMETRIA CONCORDANTE, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO, TAMIZAJE NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIA , YA INICIO ASA EN LAS NOCHES, HB GLICOSILADA DEL 5 AGOSTO EN 5.1, PARACLINICOS DEL 14 AGOSTO TOXO GIM NEGATIVO, FFV VAGINOSIS, TSH NORMAL. RECIBIO PRIMERA DOSIS CONTRA EL COVID EL 17 AGOSTO.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No Aplica
Contracciones Uterinas: No Aplica
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 15.4 .
Edad gestacional por ECO: 14.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 27/08/2021 .
Semanas Último Control: 14.3 .
No. Controles prenatales: 7 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 69 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 25.97 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 139.86 gramos por semana - Fuera de lo esperado

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Superficie corporal: 1.8 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: GANANCIA 2 KG.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

CONTROL PRENATAL

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 14/08/2021 00:00:00

Edad Gestacional
1. Semanas Edad Gestacional: 14.3

Quimica Sanguinea
1. Hormona Estimulante Tiroidea (TSH) (µUI/ml): 0.6

Inmunologia
1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.20

Analisis de Laboratorio
1. Frotis de flujo vaginal: Vaginosis bacteriana,

Imageneología

Fecha de realización: 24/08/2021 00:00:00

Ecografia Obstetrica
1. Edad Gestacional Ecografia Obstetrica (Sem): 14.0.
2. Edad Gestacional por Biometria (Sem): 14.0.
3. Placenta: Placenta normo inserta.
4. Restricción de crecimiento intrauterino: No.
5. Malformaciones: No.
6. Anomalias: No.
7. Observaciones: DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN TOXO IGM AL COMPLETAR 4 SEM, CONTROL EN 4 SEM

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 14 semanas.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Clotrimazol Tab vag 100mg: Introducir (vía vaginal) 1 Tableta vaginal cada 24 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 7, Número de entregas: 1
Recomendaciones: APLICAR UNO INTRAVAGINAL CADA NOCHE POR 7 NOCHES.
2. Metronidazol 500mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 14, Número de entregas: 1
Recomendaciones: TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO, No. 1, PLAN TOXO IGM AL COMPLETAR 4 SEM, CONTROL EN 4 SEM, REALIZAR EL 14 DE SEPTIEMBRE.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL GINECOLOGIA EN 4 SEM

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

05/08/2021 10:02:14. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Admisión No. 57187802. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 3. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: asiste a valoracion.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciete acepta la atncion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EN EL MOMENTO REFIERE LEUCORREA MAL OLIENTE, ANTECEDENTE DE SANGRADO EN JUNIO QUE SE AUTOLIMITO, TOLERA VIA ORAL, TOMA MICRONUTRIENTES, YA FUE VALORADA POR PSICOLOGIA, HOY TIENE CITA CON NUTRICION, YA FUE VALORADA POR ODONTOLOGIA. ANTECEDENTE DE MAMA HTA, ANTECEDENTE PERSONAL DE MIGRAÑA, SX DE ANSIEDAD Y STRESS EN MANEJO CON PSIQUIATRIA SIN MEDICAMENTOS EN EL MOMENTO, NO OTROS, GS A+, CCV AGOSTO 2020 LA REFIERE COMO NORMAL, FUP 5 AÑOS, PARTO VAGINAL A TERMINO, PESO 2750 GR, SIN COMPLICACIONES, PRIMIPATERNIDAD NEGATIVA. NIEGA VIOLENCIA, NO TOXICOS, NO INGESTION DE OTROS MEDICAMENTOS. TRAE ECO DEL 30 JUNIO 6.1 SEM HOY 11.2 SEM, PRUEBAS RAPIDAS DEL 24 JUNIO INICIALES PARA VDR, VIH Y HB NEGATIVOS, PARACLINIOS DEL 29 JUNIO INICIALES, GLUCOSA PRE 95, RUBEOLA IGG POSITIVO, NO INMUNIDAD PARA TOXO, NO APORTA FFV.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No Aplica
Contracciones Uterinas: No Aplica
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: Si
Características: MAL OLIENTE
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: Si. Puntaje: 1
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: Si. Puntaje: 1
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 12.3 .
Edad gestacional por ECO: 11.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 05/08/2021 .
Semanas Último Control: 11.2 .
No. Controles prenatales: 3 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 67.6 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 25.44 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 321.43 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.78 m2

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (CERVIX POSTERIOR LARGO, OCI CERRADO, MOCO ESCASO NO MAL OLIENTE), Genitales externos (NORMALES).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
IDX G2P1, EMB DE 11 SEM POR ECO, ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO, NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO PLAN SE EDUCA PARA EVITAR INFECCION POR TOXO, SS TOXO IGM, TSH, HB GLICOSILADA, FFV,CONTROL CON RESULTADOS Y ECO GENETICA

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Primer Trimestre, 11 semanas.

ASESORÍAS

ASESORÍA VACUNACIÓN COVID-19 GESTANTES DE ASESORÍA VACUNACIÓN COVID-19 GESTANTES
¿Se realizó asesoría para vacunación contra COVID-19 a la gestante?: Si.

¿Acepta la vacunación contra COVID-19?: Si.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO, No. 1, 1.
2. Se solicita EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA, No. 1, 1, FROTIS DE FLUJO VAGINAL.
3. Se solicita HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE, No. 1, 1.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:
- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 17.

- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

CONTROL CON RESULTADOS

Recomendación 2:

RECOMENDACIONES GENERALES: El Ministerio de Salud estableció en el Decreto 630 de 2021, que la vacunación contra COVID-19 para personas embarazadas se realizará a partir de la etapa III en el país, teniendo en cuenta que las investigaciones que se han adelantado al respecto sugieren que la vacuna durante el embarazo es eficaz y segura.

El Decreto precisa que en la actualidad la evidencia científica indica que las mujeres gestantes con diagnóstico de COVID-19 tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, al igual que un riesgo sustancialmente mayor de complicaciones graves en el embarazo, por esta razón se da paso a la vacunación.
Pueden ocurrir efectos secundarios especialmente después de la segunda dosis, en el embarazo no hay registro de efectos secundarios diferentes de los experimentados por personas no embarazadas luego de la vacunación, y estos son:

SIGNOS DE ALARMA: En el brazo donde recibió la vacuna inyectable:

- Dolor.
- Enrojecimiento.
- Hinchazón.

En el resto del cuerpo:

- Cansancio.
- Dolor de cabeza.
- Dolor muscular.
- Escalofríos.
- Fiebre.
- Náuseas.
- Aunque con poca frecuencia, algunas personas han tenido reacciones alérgicas.

Estos efectos secundarios aparecen uno o dos días después de haber recibido la vacuna. Son signos normales de que su organismo está generando protección, y deberían desaparecer en unos días.

Para el manejo de la fiebre y los dolores descritos se indica acetaminofén oral a las dosis recomendadas por el personal de salud.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37,

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS

(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 5.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
   - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
   - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

20/12/2021 11:12:11. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Nhora Yisell Guerra Narvaez. Reg. Médico. 48600760. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 63532985. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 18. Tipo de Programa: Control Prenatal, Planificación Familiar, Vacunación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: Paciente ingresa para solicitar formulación de lancetas y metformina.
Enfermedad Actual: Se atiende presencial utilizando todos los elementos de proteccion por pandemia covid 19 , siguiendo y cumpliendo lineamientos de salud publica y de sanitas
Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G2P1 Ahora cursando con embarazo de 30.6 semanas, , se diligencia carnet del CLAP

Consumo regular de micronutrientes tipo gestavit bien tolerados, toma metformina y asa, Inmunizaciones se encuentran registradas en cartilla materna : Td: 27/08/2021 ,Influenza: 27/08/2021 , Dpta: 3/12/2021 ,Covid 19: 1°dosis: 17/08/2021 2°dosis 7/09/2021 Biológico: Pfizer
Ya valorada por Psicologia y Nutricion. Odontología: ya valorada, no recuerda la fecha.
Embarazo planeado, no preconcepcionales, no acido folico.
Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.
No ha presentado signos de alarma según informa
.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: Si
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
Ecografía Obstétrica
Primer Control: 24/06/2021, 6,3 semanas de Edad gestacional

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(20/12/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(20/12/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(20/12/2021) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(20/12/2021) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 20/10/2015

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 98 %
Temperatura: 36.5 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 71.1 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 26.76 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 232.03 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.83 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Simétricas, no nódulos ni masas, piel integra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías

.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)).
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal .
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite), Genitales externos (normal).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (28), No. de fetos (1), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (141), Observaciones: fetocardia con doppler.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G2P1 Ahora cursando con embarazo de 30.6 semanas, , se diligencia carnet del CLAP

Consumo regular de micronutrientes tipo gestavit bien tolerados, toma metformina y asa, Inmunizaciones se encuentran registradas en cartilla materna : Td: 27/08/2021 ,Influenza: 27/08/2021 , Dpta: 3/12/2021 ,Covid 19: 1°dosis: 17/08/2021 2°dosis 7/09/2021 Biológico: Pfizer
Ya valorada por Psicologia y Nutricion. Odontología: ya valorada, no recuerda la fecha.
Embarazo planeado, no preconcepcionales, no acido folico.
Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.
No ha presentado signos de alarma según informa

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Tiempo Evolución: 30 Semana(s), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 30.6 semanas.
Diagnóstico Asociado 1: Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo (O249), Tiempo Evolución: 1 Mese(s), Confirmado repetido, RIESGO INMINENTE: SI.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

ASESORÍAS

PRE_TEST DE PLANIFICACION FAMILIAR
Asesoría Pre-test: Paciente que desea planificación permanente con esterilización femenina, se brinda asesoría y se explica que en el procedimiento quirúrgico se bloquean o se cortan y se cierran las trompas de falopio que transportan los óvulos al útero y por esto lo hace un método definitivo. Se informa sobre su seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas, miedos, signos y síntomas por los cuales debe consultar después de la cirugía (fiebre alta, pus o sangrado en la herida, dolor, calor, hinchazón o enrojecimiento de la herida, dolor constante o que se empeora, cólicos o sensibilidad en el vientre, se desmaya o está muy mareada). Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre derechos en salud sexual reproductiva y autoexamen de mama y toma de citología cérvico uterina. Una vez aclaradas las dudas y de acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se dan indicaciones para trámite del procedimiento..

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Metformina 500mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 60 día(s). Cantidad total: 120, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 20/12/2021- 18/02/2022,
2. Tira de glucometría: 4 Unidad cada 24 hora(s) por 60 día(s). Cantidad total: 240, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 20/12/2021- 18/02/2022,
3. Lanceta de Glucometría: 1 Unidad cada 4 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 20/12/2021- 19/01/2022,

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: NO MOVILIZARSE EN MOTOCICLETA, PARA PREVENIR LA POSIBILIDAD DE ACCIDENTES QUE PUEDAN PONER EN RIESGO AL EMBARAZO.

PARA EVITAR TOXOPLASMOSIS :

¿ TOMAR AGUA HERVIDA
¿ LAVAR MUY BIEN FRUTAS Y VERDURAS
¿ COCINAR MUY BIEN LAS CARNES
¿ LECHE, QUESO, YOGURTH Y LACTEOS PASTERIZADO
¿ LAVARSE BIEN LAS MANOS ANTES DE COMER
¿ SI MANIPULA TIERRA O ARENA USAR GUANTES.

Consultar por urgencias si:
¿ Presenta dolor de cabeza
¿ Dolor en la boca del estomago que no mejore con antiácidos
¿ Si ve luces o escucha pitos
¿ Presenta contracciones
¿ No presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo
¿ ¿Dolor bajito¿
¿ Le sale líquido o sangre por la vagina.
¿ Hay ausencia o disminución de los movimientos fetales.
¿ Si presenta fiebre
¿ Ardor al orinar o mal olor en la orina.
¿ Amanecer con la cara o manos y/o pies ¿hinchados¿ .
¿ Acudir a los controles prenatales, seguir la conducta medica, evitar auto-medicarse, evitar el estrés.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR INFECCION POR CORONAVIRUS. ** Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos, especialmente después de haber estado en un lugar público, o después de sonarse la nariz, toser o estornudar. **Si no hay agua y jabón

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

fácilmente disponibles, use un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. Cubra todas las superficies de las manos y frótelas hasta que sienta que se secaron. **Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar. **Evite el contacto cercano, UBIQUESE AL MENOS A 2 METROS DE DISTANCIA DE OTRAS PERSONAS ** Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude, o use la parte interna del codo, bote los pañuelos desechables que haya usado a la basura,de inmediato, lávese las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, límpiese las manos con un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. ** Use una mascarilla **Limpie Y desinfecte las superficies que se tocan frecuentemente todo los días. Esto incluye las mesas, las manijas de las puertas, los interruptores de luz, los mesones, las barandas, los escritorios, los teléfonos, los teclados, los inodoros, los grifos, los lavamanos y los lavaplatos.

Educación: Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar (desea inyectable trimestral, ligadura, implante subdérmico, DIU de Cobre), alojamiento conjunto (hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto), derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez.

Signos de alarma de la gestante para consultar por urgencias:

I Trimestre
¿ Fiebre constante
¿ Presenta dolor de cabeza
¿ Si ve luces o escucha pitos
¿ Dolor abdominal fuerte y continuo
¿ Sangrados de color café o rojo, acompañados de dolor en el abdomen y cólicos.
¿ Vómitos abundantes
¿ Cólicos o ¿dolor bajito¿
¿ Ardor al orinar o malos olores en orina.

II y III Trimestre

¿ Presenta dolor de cabeza
¿ Dolor en la boca del estomago que no mejore con antiácidos
¿ Si ve luces o escucha pitos
¿ Presenta contracciones
¿ No presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo
¿ ¿Dolor bajito¿
¿ Le sale líquido o sangre por la vagina.
¿ Hay ausencia o disminución de los movimientos fetales.
¿ Si presenta fiebre
¿ Ardor al orinar o mal olor en la orina.
¿ Amanecer con la cara o manos y/o pies ¿hinchados¿

Grupo de apoyo: Llamar a la línea amiga de IAMI 3022917122, para asesoría y resolución inquietudes sobre su embarazo, parto, puerperio y cuidado de sus hijos e hijas.

Recomendaciones:
Acudir a los controles prenatales, seguir la conducta medica, evitar auto-medicarse, manejo del estrés.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

13/10/2021 06:40:56. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Datos del profesional de la salud: MARIA EUGENIA PRADO PIZO. Reg. Médico. 34557109. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 60416869. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: ASISTE SOLA Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 10. Tipo de Programa: Control Prenatal, Cáncer de Cérvix.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: ASISTE SOLA. Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: Pruebas duales, orden de laboratorios del segundo trimestre.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención de forma presencial bajo estos cuidados. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epidemiologico para covid 19.
acude para Pruebas duales, orden de laboratorios del segundo trimestre
Paciente de 35 Años de edad, G2P1
con fecha de ultima menstruación= 10-05-2021
FPP=22-02-2022.
Edad Gestacional 21.1 semanas
Refiere dolor inguinal y dolor de espalda
Niega síntomas urinarios , no flujos , no perdidas vaginales de sangre o líquido , no dolor bajito , percibe movimientos fetales , no síntomas premonitorios
toma gestavit dha
asistio a nutricion, sicologa
vacuna del covid 1 dosis el 17/08/2021, 2 dosis el 074/09/2021
tetano e influenza el 27/08/2021.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 22.2 .
Edad gestacional por ECO: 21.1 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 13/10/2021 .
Semanas Último Control: 21.1 .
No. Controles prenatales: 10 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(13/10/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(13/10/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

CITOLOGÍA

(13/10/2021) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36.5 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 70.8 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 26.65 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 322.27 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.82 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Simétricas, no nódulos ni masas, piel integra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías
.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, utero gravido no reactivo.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)), Observaciones: No sangrado.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite), Genitales externos (normales).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (18), No. de fetos (1), Situación (Oblicuo), Fetocardia auscultable (lat/min) (150).

PARACLINICOS DE PROGRAMAS
CONTROL PRENATAL

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 13/10/2021 00:00:00

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Edad Gestacional
1. Semanas Edad Gestacional: 21.1

Inmunologia
1. Elisa para VIH: No Reactiva.
2. Prueba no treponémica (RPR o VDRL) II Trimestre: No reactivo,

Prueba rápida dual VIH-Sífilis
1. Fecha y hora de realización prueba dual VIH-Sífilis: 13/10/2021 12:00.
2. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.
3. Lote del Kit Prueba dual VIH/Sífilis: 06ADF035A.
4. Fecha de vencimiento del Kit Prueba dual VIH/Sífilis: 08/03/2023.
5. Persona que realizó la prueba: MARIA EUGENIA PRADO.
6. Resultado prueba rápida VIH: Negativo.
7. Resultado prueba rápida Sífilis: Negativo.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Gestante con 21.1 emanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se da orden de laboratorios del segundo trimestre
Se da asesoria pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sifilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente
se da asesoría postest de vih
Se remite al médico con resultados

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 21.1 semanas, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 1: Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z114), Confirmado repetido, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para infecciones de transmision predominantemente sexual (Z113), Confirmado repetido, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 3: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Confirmado nuevo, RIESGO INMINENTE: NO.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE CÁNCER DE CERVIX
Asesoría Pre-test: Se explica a la paciente la importancia de hacerse la citologia vaginal y de asistir a consulta con su médico tratante con el resultado de la misma..

PRE_TEST DE ASESORÍA PRE-TEST VIH

- Asesoría Pre Test VIH
Fecha de asesoría pre-test VIH: 13/10/2021.

Se establecen comportamientos sociales y sexuales de riesgo: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Se establece la exposición directa o sin protección a desechos tóxicos y/o biológicos.: No.

¿Se considera que el paciente presenta riesgo para VIH?: No.

Se explica el motivo de solicitud de la prueba de VIH: Si.

Se informa sobre los mecanismos de trasmisión de VIH y como prevenir la infección por VIH: Si.

Se brinda información sobre la enfermedad y como el diagnóstico temprano mejora el pronóstico.: Si.

Se evalúa la red de apoyo: Si.

Se explica la importancia de hacer la prueba de VIH y los posibles resultados: Si.

Se informa sobre la importancia de reclamar el resultado de manera oportuna: Si.

Se informa sobre la existencia de tratamientos efectivos para esta enfermedad.: Si.

Se informa sobre derechos/deberes sexuales-reproductivos y acceso a servicios de salud.: Si.

Se da Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales.: Si.

POST_TEST DE ASESORÍA POST-TEST VIH NEGATIVO

- Asesoría Post Test VIH Negativo
Fecha de asesoria post-test VIH negativo: 13/10/2021.

Se informa el resultado y la interpretación de la prueba de VIH: Si.

Se registra en la historia clínica el resultado de la prueba de VIH: Si.

¿Se considera que el paciente presenta riesgo para VIH?: No.

Se informa la manera de prevenir las infecciones de trasmisión sexual y el VIH : Si.

Se informa sobre derechos sexuales y reproductivos: Si.

Se resuelven dudas e inquietudes: Si.

ADHERENCIA A PROGRAMAS

CÁNCER DE CÉRVIX
Adherencia: INSCRITA EN EL PROGRAMA SE DA ORDEN DE CITOLOGIA SE REMITE AL MEDICO CON RESULTADOS.

CONTROL PRENATAL
- Adherencia Control Prenatal
¿Ha asistido a todos los controles que su médico sugiere?: Si.
¿Ha consumido los micronutrientes formulados por su médico?: Si.
¿Se ha realizado los tratamientos ordenados por su médico?: Si.
Asistio a odontología: Si.
Asistio a consulta de planificación: No.
Motivo Inasistencia a Cita de Planificacion: pendiente.
Asistio a nutrición: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

¿Ha seguido las instrucciones y recomendaciones ordenadas en las consultas?: Si.
Recibe paquete de micronutrientes: No.
¿Paciente adherente?: Si.
No. de talleres asistidos: 0.0.
Número de controles asistidos: 10.0.
Tratamiento para sífilis gestacional: No.
Re-tratamiento sífilis gestacional: No.

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Calcio Carbonato 1500mg (Equivale a 600mg Calcio elemental) + Vitamina D 400UI Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 60 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 13/10/2021- 12/12/2021, Recomendaciones: TOMAR DESPUES DE LAS COMIDAS VIA ORAL.
2. Hierro (Ferroso) Sulfato 300mg (Hierro elemental 60mg) Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 60 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 13/10/2021- 12/12/2021, Recomendaciones: TOMAR DESPUES DE LAS COMIDAS VIA ORAL .

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, Gestante con 21.1 emanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se da orden de laboratorios del segundo trimestre
Se da asesoria pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sifilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente
se da asesoría postest de vih
Se remite al médico con resultados.
2. Se solicita GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA, No. 1, Gestante con 21.1 emanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se da orden de laboratorios del segundo trimestre
Se da asesoria pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sifilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente
se da asesoría postest de vih
Se remite al médico con resultados, (Incluye Carga de Glucosa) REALIZAR LOS LABORATORIOS EN LA SEMANA 24 .
3. Se solicita UROANALISIS, No. 1, Gestante con 21.1 emanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se da orden de laboratorios del segundo trimestre
Se da asesoria pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sifilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente
se da asesoría postest de vih
Se remite al médico con resultados.
4. Se solicita ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL, No. 1, Gestante con 21.1 emanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se da orden de laboratorios del segundo trimestre

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Se da asesoria pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sifilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente
se da asesoría postest de vih
Se remite al médico con resultados, No relaciones sexuales tres dias antes del procedimiento. No sangrado vaginal. No duchas ni medicamentos intravaginales.
5. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO, No. 1, Gestante con 21.1 emanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se da orden de laboratorios del segundo trimestre
Se da asesoria pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sifilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente
se da asesoría postest de vih
Se remite al médico con resultados.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:
- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

RECOMENDACIONES GENERALES: Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación.
Se indica a la paciente abstenerse de viajar a zonas endémicas (por debajo de 2200 mts a nivel de mar) para evitar contagio de virus de ZIKA, esto debido a las recomendaciones de la OMS, se explican posibles complicaciones.

SIGNOS DE ALARMA: - Edema en las extremidades.
- Vértigos.
- Cefalea.
- Dolor epigástrico.
- Trastornos visuales y auditivos.
- Cambios en la orina.
- Sangrado genital
- Disminución de movimientos fetales según la edad gestacional.
- Aumento de peso exagerado (mas de 2 kg en una semana)
- Ardor al orinar u orina fétida
- Vomito incontrolable
- Expulsión de liquido por la vagina
- Contracciones súbitas y dolorosas antes de la semana 36
- Flujo vaginal fétido y pruriginoso (que rasca)
- Fiebre

ACTIVIDAD FÍSICA: - Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria
- Asistir a cursos de maternidad y realizar ejercicios indicados
- Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Nutrición: alimentación balanceada, horarios fijos para las comidas (no ayunos prolongados), consumir mínimo

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

alimentos 5 veces al día: (desayuno-almuerzo- comida-medias nueves y onces) para así permitir satisfacer las demandas propias de la madre y del feto.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

01/10/2021 08:47:04. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Nhora Yisell Guerra Narvaez. Reg. Médico. 48600760. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 59869604. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 9. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: Paciente ingresa para solicitar ecografia de tercer nivel.
Enfermedad Actual: Se atiende presencial utilizando todos los elementos de proteccion por pandemia covid 19 , siguiendo y cumpliendo lineamientos de salud publica y de sanitas
Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G2P1 Ahora cursando con embarazo de 19.3 semanas, ingresa para solicitar ecografia de tercer nivel, está en seguimiento con psiquiatria por trastorno mixto de ansiedad

Consumo regular de micronutrientes bien tolerados, Inmunizaciones : Td 27/8/2021, Influenza 27/8/2021
Esquema de vacunación covid 19: 1° dosis: 17/8/2021, 2° dosis: 7/9/2021 Biologico Pfizer
Ya valorada por Psicologia y Nutricion. Odontología: 17/7/2021
Embarazo no planeado pero deseado, no preconcepcionales, no acido folico.
Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.
No ha presentado signos de alarma según informa

.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 20.4 .
Edad gestacional por ECO: 19.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 01/10/2021 .
Semanas Último Control: 19.3 .
No. Controles prenatales: 9 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(01/10/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(01/10/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(01/10/2021) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(01/10/2021) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 20/10/2015

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 76.7 mmHg
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 69.5 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 26.16 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 284.97 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.8 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Simétricas, no nódulos ni masas, piel integra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías

.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)).
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite), Genitales externos (normal).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (19), No. de fetos (1), Situación (Oblicuo), Fetocardia auscultable (lat/min) (148), Observaciones: fetocardia con doppler.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G2P1 Ahora cursando con embarazo de 19.3 semanas, ingresa para solicitar ecografia de tercer nivel, está en seguimiento con psiquiatria por trastorno mixto de ansiedad

Consumo regular de micronutrientes tipo gestavit bien tolerados, Inmunizaciones : Td 27/8/2021, Influenza 27/8/2021
Esquema de vacunación covid 19: 1° dosis: 17/8/2021, 2° dosis: 7/9/2021 Biologico Pfizer
Ya valorada por Psicologia y Nutricion. Odontología: 17/7/2021
Embarazo no planeado pero deseado, no preconcepcionales, no acido folico.
Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.
No ha presentado signos de alarma según informa

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Tiempo Evolución: 19 Semana(s), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 19.3 semanas.
Diagnóstico Asociado 1: Otras atenciones especificadas para la anticoncepcion (Z308), Tiempo Evolución: 19 Semana(s), Confirmado repetido.

ASESORÍAS
PRE_TEST DE PLANIFICACION FAMILIAR
Asesoría Pre-test: Paciente que desea planificación permanente con esterilización femenina, se brinda asesoría y se explica que en el procedimiento quirúrgico se bloquean o se cortan y se cierran las trompas de falopio que transportan los óvulos al útero y por esto lo hace un método definitivo. Se informa sobre su seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas, miedos, signos y síntomas por los cuales debe consultar después de la cirugía (fiebre alta, pus o sangrado en la herida, dolor, calor, hinchazón o enrojecimiento de la herida, dolor constante o que se empeora, cólicos o sensibilidad en el vientre, se desmaya o está muy mareada). Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre derechos en salud sexual reproductiva y autoexamen de mama y toma de citología cérvico uterina. Una vez aclaradas las dudas y de acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se dan indicaciones para trámite del procedimiento..

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO, No. 1, Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G2P1 Ahora cursando con embarazo de 19.3 semanas, ingresa para solicitar ecografia de tercer nivel, está en seguimiento con psiquiatria por trastorno mixto de ansiedad

Consumo regular de micronutrientes bien tolerados, Inmunizaciones : Td 27/8/2021, Influenza 27/8/2021
Esquema de vacunación covid 19: 1° dosis: 17/8/2021, 2° dosis: 7/9/2021 Biologico Pfizer
Ya valorada por Psicologia y Nutricion. Odontología: 17/7/2021
Embarazo no planeado pero deseado, no preconcepcionales, no acido folico.
Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.
No ha presentado signos de alarma según informa, para tomar entre la semana 22.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: NO MOVILIZARSE EN MOTOCICLETA, PARA PREVENIR LA POSIBILIDAD DE ACCIDENTES QUE PUEDAN PONER EN RIESGO AL EMBARAZO.

PARA EVITAR TOXOPLASMOSIS :

TOMAR AGUA HERVIDA
LAVAR MUY BIEN FRUTAS Y VERDURAS
COCINAR MUY BIEN LAS CARNES
LECHE, QUESO, YOGURTH Y LACTEOS PASTERIZADO
LAVARSE BIEN LAS MANOS ANTES DE COMER
SI MANIPULA TIERRA O ARENA USAR GUANTES.

Consultar por urgencias si:
Presenta dolor de cabeza
Dolor en la boca del estomago que no mejore con antiácidos
Si ve luces o escucha pitos
Presenta contracciones
No presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo
¿Dolor bajito¿
Le sale líquido o sangre por la vagina.
Hay ausencia o disminución de los movimientos fetales.
Si presenta fiebre
Ardor al orinar o mal olor en la orina.
Amanecer con la cara o manos y/o pies ¿hinchados¿ .
Acudir a los controles prenatales, seguir la conducta medica, evitar auto-medicarse, evitar el estrés.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR INFECCION POR CORONAVIRUS. ** Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos, especialmente después de haber estado en un lugar público, o después de sonarse la nariz, toser o estornudar. **Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, use un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. Cubra todas las superficies de las manos y frótelas hasta que sienta que se secaron. **Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar. **Evite el contacto cercano, UBIQUESE AL MENOS A 2 METROS DE DISTANCIA DE OTRAS PERSONAS ** Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude, o use la parte interna del codo, bote los pañuelos desechables que haya usado a la basura,de inmediato, lávese las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, límpiese las manos con un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. ** Use una mascarilla **Limpie Y desinfecte las superficies que se tocan frecuentemente todo los días. Esto incluye las mesas, las manijas de las puertas, los interruptores de luz, los mesones, las barandas, los escritorios, los teléfonos, los teclados, los inodoros, los grifos, los lavamanos y los lavaplatos.

Educación: Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar (desea inyectable trimestral, ligadura, implante subdérmico, DIU de Cobre), alojamiento conjunto (hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto), derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez.

Signos de alarma de la gestante para consultar por urgencias:

I Trimestre
Fiebre constante
Presenta dolor de cabeza
Si ve luces o escucha pitos
Dolor abdominal fuerte y continuo
Sangrados de color café o rojo, acompañados de dolor en el abdomen y cólicos.
Vómitos abundantes
Cólicos o ¿dolor bajito¿

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Ardor al orinar o malos olores en orina.

II y III Trimestre

Presenta dolor de cabeza
Dolor en la boca del estomago que no mejore con antiácidos
Si ve luces o escucha pitos
Presenta contracciones
No presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo
¿Dolor bajito¿
Le sale líquido o sangre por la vagina.
Hay ausencia o disminución de los movimientos fetales.
Si presenta fiebre
Ardor al orinar o mal olor en la orina.
Amanecer con la cara o manos y/o pies ¿hinchados¿

Grupo de apoyo: Llamar a la línea amiga de IAMI 3022917122, para asesoría y resolución inquietudes sobre su embarazo, parto, puerperio y cuidado de sus hijos e hijas.

Recomendaciones:
Acudir a los controles prenatales, seguir la conducta medica, evitar auto-medicarse, evitar el estrés.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

19/08/2021 09:54:49. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: MARIA EUGENIA PRADO PIZO. Reg. Médico. 34557109. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 57772788. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: ASISTE SOLA Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 5. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: ASISTE SOLA . Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: Control prenatal.
Enfermedad Actual: Paciente de 35 Años de edad, G2P1(2015)
con fecha de ultima menstruación= 10-05-2021

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

FPP=22-02-2022.
Edad Gestacional =13.2 semanas
Refiere dolor de cabeza , dolor bajo
Niega síntomas urinarios , no flujos , no perdidas vaginales de sangre o líquido , no dolor bajito , no percibe movimientos fetales , no síntomas premonitorios
toma acido folico, hierro, gestavit dha
asistio a nutricion, sicologa
vacuna del covid 1 dosis el 17/08/2021.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: Si
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: Si. Puntaje: 1
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: Si. Puntaje: 1
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 14.3 .
Edad gestacional por ECO: 13.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 19/08/2021 .
Semanas Último Control: 13.2 .
No. Controles prenatales: 5 .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(19/08/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(19/08/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(19/08/2021) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Temperatura: 36.5 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 68.2 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 25.67 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 318.18 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.79 m2

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Simétricas, no nódulos ni masas, piel integra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías
.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, utero gravido, no reactivo.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)), Observaciones: No flujo no sangrado.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite), Genitales externos (normales).
Examen obstétrico: No. de fetos (1).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Gestante con 13.2 semanas
refiere dolor de cabeza, dolor bajo , se remite al medico
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se remite al medico con resultado de ecografia , laboratorios

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 13 semanas, RIESGO INMINENTE: NO.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:
- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

RECOMENDACIONES GENERALES: Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación.
Se indica a la paciente abstenerse de viajar a zonas endémicas (por debajo de 2200 mts a nivel de mar) para evitar contagio de virus de ZIKA, esto debido a las recomendaciones de la OMS, se explican posibles complicaciones.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

SIGNOS DE ALARMA: - Edema en las extremidades.
- Vértigos.
- Cefalea.
- Dolor epigástrico.
- Trastornos visuales y auditivos.
- Cambios en la orina.
- Sangrado genital
- Disminución de movimientos fetales según la edad gestacional.
- Aumento de peso exagerado (mas de 2 kg en una semana)
- Ardor al orinar u orina fétida
- Vomito incontrolable
- Expulsión de liquido por la vagina
- Contracciones súbitas y dolorosas antes de la semana 36
- Flujo vaginal fétido y pruriginoso (que rasca)
- Fiebre

ACTIVIDAD FÍSICA: - Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria
- Asistir a cursos de maternidad y realizar ejercicios indicados
- Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Nutrición: alimentación balanceada, horarios fijos para las comidas (no ayunos prolongados), consumir mínimo alimentos 5 veces al día: (desayuno-almuerzo- comida-medias nueves y onces) para así permitir satisfacer las demandas propias de la madre y del feto.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

05/08/2021 17:13:34. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Viviana Lorena Collazos Mosquera. Reg. Médico. 34322493. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica de Paciente Crónico.
Admisión No. 57221845. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Primera Vez.
Número de Control: 1. Tipo de Programa: Adulto.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: PACIENTE GESTANTE QUE ASISTE REMIITDA DE GINECOLOGIA PARA TOMA RAPIDA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA..

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Enfermedad Actual: SE ATIENDE AL PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR PANDEMIA COVID.
OCUPACION:EMPLEADA
ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente de 35 años , paciente gestante con 11.2 semanas G2P1C0A0 , remitida de ginecologia para toma rapida de hemoglobina glicosilada.
Refiere llevar una alimentación sana , refiere bajo consumo de azúcar, sal, harinas en poca cantidad , consumo de verduras y frutas 4 veces por semana.
Realización de actividad física cardiovascular: niega, ant de amenaza de aborto , emb de alto risgo
Patrón del sueño: duerme 8 horas diarias.
Revisión por sistemas:
En el momento refiere encontrarse en buenas condiciones, niega disnea, no síntomas respiratorios, no cambios en la coloración de la orina, no síntomas urinarios, no dolor precordial, no palpitaciones, no déficit neurológico, no alteración del estado de conciencia ni eventos sincopales, no consultas por el servicio de urgencias, ni ingresos hospitalarios en los últimos 3 meses.
Síntomas actuales:niega
paraclínicos no aporta
Exposición al humo .NO
No fuma, No consume licor, No sustancias sicoactivas
Antecedentes familiares:MADRE Y ABUELA MATERNA HTA TI MATERNSO DIABETICO
Antecedentes personales: FUM 10/05/2021 -EB DE 11.2 SEMANA
Violencia intrafamiliar (NO)
Planificación:NIEGA
Citología:29/08/2020 negativa para lesion intraepitelial..

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(05/08/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(05/08/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(05/08/2021) Citología: Si, Fecha realización citología: 20/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(05/08/2021) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 20/10/2015

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 96 %
Temperatura: 36.3 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 69 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 25.97 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 446.43 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Circunferencia de la cintura: 96 cm
Superficie corporal: 1.8 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (se omite).

PARACLINICOS DE PROGRAMAS
DIABETES

Fecha de realización: 05/08/2021 00:00:00

1. Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (%): 5.1 - Observación: PRUEBA RAPIDA NEGATIVA PARA DIABETES..

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

OTROS PARACLINICOS

Prueba Rapida Hemoglobina Glicosilada

Fecha de realización: 05/08/2021 17:32:13.
Prueba rápida hemoglobina glicosilada: 5.1.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
ANALISIS
Paciente de 35 años, gestante de 11.2 semanas , remitida de ginecologia para toma rapida de hemoglobina glicosilada , en el momento asintomática, sin exposición a humo de cigarrillo o leña, sin alteraciones visuales. Al examen físico normo tensa, con sobrepeso para edad gestacional con IMC (25.97) con adherencia regular a las recomendaciones alimentarias ya que incluye en su alimentación , ingesta de carbohidratos, azúcar, sal.YA ESTA EN MANEJO POR NUTRICION.
En el momento asiste con cifras tensionales normales en: TA 110/70
Con previo consentimiento informado y firmado se procede a tomar prueba rápida de hemoglobina glicosilada con resultado de 5.1%.NEGATIVA PARA DIABETES.
Se refuerzan hábitos de estilo saludables, la importancia de llevar una dieta balanceada, ejercicio cardiovascular y ser adherente al tratamiento farmacológico, refiere entender.
Se dan recomendaciones. Se recuerdan signos y síntomas de alarma y donde consultar.
Se da educación en alimentación y hábitos saludables.
CONTROL CON RESULTADOS.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0
Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial, no especificado (Z139), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE CÁNCER DE CERVIX
Asesoría Pre-test: Se explica a la paciente la importancia de hacerse la citologia vaginal y de asistir a consulta con su médico tratante con el resultado de la misma..

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita PRUEBA RAPIDA HEMOGLOBINA GLICOSILADA, No. 1, ANALISIS
Paciente de 34 años, remitida para toma rapida de hemoglobina glicosilada por hiperglicemia de 107 mg/dl, con dislipidemia, asintomática, sin exposición a humo de cigarrillo o leña, sin alteraciones visuales. Al examen físico normo tensa, con peso adecuado para la talla con IMC (¿24.46) con adherencia regular a las recomendaciones alimentarias ya que incluye en su alimentación , ingesta de carbohidratos, azúcar, sal.
En el momento asiste con cifras tensionales normales en: TA 110/70
Con previo consentimiento informado y firmado se procede a tomar prueba rápida de hemoglobina glicosilada con resultado de 5.5%.NEGATIVA PARA DIABETES.
Paciente con paraclinciso actualizados del mes marzo 2021
Se refuerzan hábitos de estilo saludables, la importancia de llevar una dieta balanceada, ejercicio cardiovascular y ser adherente al tratamiento farmacológico, refiere entender.
Realiza actividad cardiovascular regularmente y sigue algunas veces la dieta y las recomendaciones,
Se dan recomendaciones. Se recuerdan signos y síntomas de alarma y donde consultar.
Se da educación en alimentación y hábitos saludables.
Debe perder más peso, Metas: Colesterol Total < 200, HDL > 40, LDL < 150, triglicéridos < 150, Glicemia en ayunas < 100, Hb glicosilada < 7.0%,.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: CONTROL CON RESULTADOS CON GINECOLOGIA

RECOMENDACIONES GENERALES: Se indica una dieta baja en sal y en grasas, evitar enlatados, carne sin grasa. Evitar fritos Ideal sudados asados o cocidos, baja en azúcar y se sugiere que sea fraccionada en 6 tomas.
Caminar 30 min diario en plano, mínimo 3 veces por semana y aumentar consumo de frutas no dulces se aconsejan cerezas, ciruelas negras, guayaba, kiwi, manzana, naranja, pera, mandarina y verduras en la alimentación. Evitar consumo de cigarrillo y alcohol. Control con médico del programa con resultado de laboratorios.
POR COVID- 19Se brinda educación por pandemia COVID 19: recuerde el uso del tapabocas permanente y que este debe ser individual, lavado de manos y/o higienización cada 30 minutos, evitar lugares con aglomeración de personas o sitios con mucha gente. Guardar mínimo 2 metros entre personas. Permanecer en casa, no salir a menos que sea necesario o urgente. En caso de presentar síntomas como tos, fiebre, tos, dolor en articulaciones y/o músculos, debilidad, fatiga, malestar general, dificultad para respirar debe aislarse, puede comunicarse con su EPS o acudir a consulta al Centro Médico Antonio Nariño detrás del CAI de policía del CATAY en Popayán

SIGNOS DE ALARMA: : - Edema en las extremidades.
- Vértigos.
- Cefalea.
- Dolor epigástrico.
- Trastornos visuales y auditivos.
- Cambios en la orina.
- Sangrado genital
- Disminución de movimientos fetales según la edad gestacional.
- Aumento de peso exagerado (mas de 2 kg en una semana)
- Ardor al orinar u orina fétida
- Vomito incontrolable
- Expulsión de liquido por la vagina
- Contracciones súbitas y dolorosas antes de la semana 36
- Flujo vaginal fétido y pruriginoso (que rasca)
- Fiebre

ACTIVIDAD FÍSICA: Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria
- Asistir a cursos de maternidad y realizar ejercicios indicados
- Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Nutrición: alimentación balanceada, horarios fijos para las comidas (no ayunos prolongados), consumir mínimo alimentos 5 veces al día: (desayuno-almuerzo- comida-medias nueves y onces) para así permitir satisfacer las demandas propias de la madre y del feto.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

05/08/2021 12:10:00. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: MARIA EUGENIA PRADO PIZO. Reg. Médico. 34557109. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 57196853. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: ASISTE SOLA Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 4. Tipo de Programa: Control Prenatal, Vacunación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: ASISTE SOLA. Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: Orden de ecografia Genetica.
Enfermedad Actual: Paciente de 35 Años de edad, G2P1(2015)
con fecha de ultima menstruación= 10-05-2021
FPP=22-02-2022.
Edad Gestacional =11.2 semanas. Acude para Orden de ecografia Genetica
Refiere sentirse bien
Niega síntomas urinarios , no flujos , no perdidas vaginales de sangre o líquido , no dolor bajito , no percibe movimientos fetales , no síntomas premonitorios
toma calcio, acido folico, hierro
asistio a nutricion, sicologa.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: Si. Puntaje: 1
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: Si. Puntaje: 1
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 12.3 .
Edad gestacional por ECO: 11.2 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 05/08/2021 .
Semanas Último Control: 11.2 .
No. Controles prenatales: 4 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(05/08/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(05/08/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36.5 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 67.6 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 25.44 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional
Ganancia de peso: 321.43 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.78 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Simétricas, no nódulos ni masas, piel integra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, utero gravido.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)), Observaciones: No flujo no sangrado.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (se omite), Genitales externos (normales).
Examen obstétrico: No. de fetos (1).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Gestante con 11.2 semanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se ordena ecografía GENETICA
Se orienta en lactancia materna, alimentacion
se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se remite al medico con resultados

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Primer Trimestre, 11 semanas, RIESGO INMINENTE: NO.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Ecografia obstetrica con translucencia nucal, No. 1, Gestante con 11.2 semanas
Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,
Se ordena ecografía GENETICA
Se orienta en lactancia materna, alimentacion

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 18.
Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones
se remite al medico con resultados, Gestante con 11.2 semanas se solicita ecografia Genetica realizar en la semana 11-13 .

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS

(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
    - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
    - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 5.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

26/01/2022 10:55:13. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN , Prestador remisor Telemedicina
Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 65113650. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: SOLA Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: SOLA . Motivo de consulta: Valoracion de primera vez por endocrinologia telemedicina.
Enfermedad Actual: Paciente con G2, P1 con diabetes gestacional (carga de glicemia positiva 10/2021) en manejo farmacológico con metformina 2550 mg día, sin síntomas diabéticos. Acude a valoracion de primera vez por endocrinologia telemdicina.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.
Fecha de ingreso al programa: 26/01/2022.

* Valoración inicial

Valoración inicial
1. Fecha de diagnóstico de diabetes
: 25/10/2021.
2. ¿Paciente pertenece al programa de Unidad de Práctica Integrada (UPI)?: No.
3. Enfermedad coronaría

: No.
4. Enfermedad cerebrovascular
: No.
5. Falla cardíaca
: No.
6. Enfermedad renal crónica
: No.
7. Enfermedad hepática asociada
: No.
8. Enfermedad vascular periférica
: No.
9. Retinopatía diabética
: No.
10. Neuropatía diabética

: No

* Seguimiento

Metas
1. Meta de HbA1c acordada con el paciente
: <7%.
2. Meta de Tensión arterial acordada con el paciente
: <130/80 mmHg.
3. Meta de Colesterol LDL acordada con el paciente
: <100,

Adherencia del paciente
1. ¿Realiza al menos 150 minutos de actividad física a la semana?
: Si.
2. ¿El paciente es adherente a la terapia farmacológica?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

3. ¿Realiza plan alimentario indicado?
: Si.
4. Red de apoyo familiar para cambios del estilo de vida
: Buena.
5. Conciencia de enfermedad
: Si.
6. Asistencia en los últimos tres meses a algún taller de educación
: Si.
7. ¿El paciente asiste a un programa de nefroprotección?
: Si

Hipoglicemia
1. ¿El paciente ha presentado hipoglicemia?
: No

Urgencias
1. ¿El paciente ha consultado a urgencias desde que fue valorado por ultima vez en el programa?
: No

Hospitalización
1. ¿El paciente ha requerido una hospitalización desde que fue valorado por ultima vez en el programa?
: No

Oftalmología
1. ¿Presenta retinopatía?
: Sin retinopatía.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 102 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 74 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 102 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Temperatura: 36.5 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 71.7 Kg
Talla: 1.645 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 23.65
Índice de Masa Corporal: 26.5 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 215.69 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Circunferencia de la cintura: 80 cm
Superficie corporal: 1.84 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Sin alteraciones.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)), Observaciones: Sin alteraciones.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: Normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Sin alteraciones.
Examen obstétrico: No. de fetos (1), Situación (Transverso), Fetocardia auscultable (lat/min) (140).

EXÁMENES PARACLÍNICOS
EXÁMENES DE LABORATORIO
(25/10/2021 00:00:00). Informe totalmente validado por el laboratorio.. TOXIgM,CHS,CURVA2H,PO : glicemias alteradas.
.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS
DIABETES

Fecha de realización: 25/10/2021 07:16:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 103.7.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente con G2, P1 con diabetes gestacional (carga de glicemia positiva 10/2021) en manejo farmacológico con metformina 2550 mg día, sin síntomas diabéticos. Acude a valoracion de primera vez por endocrinologia telemdicina

Glucometrias
AD 92 89 94 92
DD 120 120 120 105
DA 96 93 98 112
DC 106 121 115 124

Concepto endocrinologia: Paciente remitida por diabetes gestacional, actualmente refiere uso de biguanida, no cuento con registro completo de glucometrias pero ultimas evaluadas se encuentran en metas, sin embargo dado recomendaciones de guias clinicas en diabetes gestacional se prefiere como primera elección el manejo con insulinización en este caso inuslina nph , por lo que se indica inicio a 10 ui al dia, se indica control en un mes con glucometrias, suspensión progresiva de metformina se da orden por el momento de metformina 500 mg via oral dia, se explica a paciente, cuidados en habitos nutricionales ya ctividad fisica.

Se formula NPH y se icta a control en 1 mes por endocrinologia telemdicina

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 35 semanas, RIESGO INMINENTE: SI.

ADHERENCIA A PROGRAMAS
DIABETES
Adherencia: Ingreso a diabetes gestacional.

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Insulina humana NPH 100UI/mL (1000UI/10mL) Susp Iny Vial x 10mL: Inyectar (vía subcutanea) 10 UI en la mañana, por 30 día(s). Número de entregas: 1. Vigencia del tratamiento: 26/01/2022 - 25/02/2022. Observaciones: entre 7 - 9 am. Entregar 1 vial.
2. Jeringa Insulina 0.5mL (50UI) + Aguja 31G x 6mm: 1 Unidad cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 26/01/2022- 25/02/2022,

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

3. +Metformina 500mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 26/01/2022- 25/02/2022,

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Control en 1 mes por endocrinologia telemedicina

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

26/01/2022 10:59:37. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ESPECIALISTAS AUT. NORTE, BOGOTA D.C., Centro de referencia Telemedicina
Datos del profesional de la salud: Yury Alejandra Alvarado Ospina. Reg. Médico. 52778582. Endocrinologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.
Admisión No. 65116897. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: Primera vez- Consulta telemedicina
Remitida por diabetes gstacional.
Enfermedad Actual: Paciente remitida por diabetes gestacional
Embarazo de 36.2 semanas
No refiere diagnostico de diabetes previo
Refiere seguimiento por nutrición - ultima valoración en diciembre.
Refiere caminata ocasional - 30 minutos - diario.
Fecha probable de parto 22 / 02/ 2022

Antecedentes patologicos: diabetes gestacional
Antecedentes alérgicos: No refiere
Antecedentes farmacologicos: metformina 850 mg cada 12h, gestavit, asa 100 mg vía oral dia.
Antecedente quirurgicos: No refiere
Antecedentes familiares: tio paterno dm tipo 2, madre , abuela materna hta
Antecedentes toxicos: fumadora hasta hace 8 años , fumadora por 10 años social G2A0P1C0 fur 10 mayo 2021

Glucometrias:
predesayuno 92, 90, 92, 89, 94
1 hora postdesayuno 100

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

prealmuerzo no hay registro
postalmuerzo 109, 105, 96, 93, 98
precomida No hay registro
postcomida: 89, 78, 106, 115, 124

**+Paraclinicos **
25 octubre 2021: carga 75 gr, glucosa 103.70 mg/dl, glucemia 60 minutos 214.50 mg/dl, 120 minutos 159.60.
14 agosto 2021: tsh 0.62 mui/ml
***22/01/2022: Ecografia obstetrica, doppler de circulación fetoplacentaria: feto simétrico con crecimiento de percerntiles adecuados (percentil 22.5) para su edad, gestacional de 34 semanas, perfil hemodinamico normal , doppler de arterias uterinas normal.
.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 102 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 71.7 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 23.8
Índice de Masa Corporal: 26.66 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 215.69 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.84 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: examen fisico realizado por medico telemedicina
fetocardia: 140.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente remitida por diabetes gestacional, actualmente refiere uso de biguanida, no cuento con registro completo de glucometrias pero ultimas evaluadas se encuentran en metas, sin embargo dado recomendaciones de guias clinicas en diabetes gestacional se prefiere como primera elección el manejo con insulinización en este caso inuslina nph , por lo que se indica inicio a 10 ui al dia, se indica control en un mes con glucometrias,suspensión progresiva de metformina se da orden por el momento de metformina 500 mg via oral dia, se explica a paciente, cuidados en habitos nutricionales ya ctividad fisica.

Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, Embarazo Tercer Trimestre, 35.7 semanas.
Diagnóstico Asociado 1: Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), Confirmado nuevo, RIESGO INMINENTE: SI.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: CONTROL POR ENDOCRINOLOGIA EN UN MES

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Especialistas Aut. Norte

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS

(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
    - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
    - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 5.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

02/03/2022 09:54:40. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Roberto Jesus Munive Cabadia. Reg. Médico. 1129523638. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 66911624. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: SOLA Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: SOLA. Motivo de consulta: DOLOR DE PIERNA.
Enfermedad Actual: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES DE PREDOMINIO DERECHO, QUE INICIA EN REGION POSTERIOR DE PANTORRILLA Y SE EXTIENDE HASTA GLUTEO TIPO SORDO QUE DIFICULTA LA DEMABULACION POR LO QUE CONSULTA.
COMENTA QUE CONSULTO EL DIA 22-02-2022 POR EL MISMO CUADRO Y FUE REMITIDA A URGENCIAS DONDE REFIEREN QUE DOLOR ES MUSCULAR, POR LO QUE DAN SALIDA. NO REALIZAN PARACLINCOS.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(02/03/2022) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Amenorrea

PLANIFICACIÓN

(02/03/2022) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(02/03/2022) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(02/03/2022) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 88 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 15 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 97 %
Temperatura: 36.5 ºC
Peso: 68 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 25.28 (kg/m2) -Sobrepeso
Superficie corporal: 1.79 m2
Escala Dolor: 1

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones,

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: SE EVIDENCIA DOLOR EN MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE REGION LUMBAR CON ESPASMO Y EDEMA, TRAYECTO DEL CIATICO DOLOROSO, LASEGE +..
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES DE PREDOMINIO DERECHO, QUE INICIA EN REGION POSTERIOR DE PANTORRILLA Y SE EXTIENDE HASTA GLUTEO TIPO SORDO QUE DIFICULTA LA DEMABULACION POR LO QUE CONSULTA.
COMENTA QUE CONSULTO EL DIA 22-02-2022 POR EL MISMO CUADRO Y FUE REMITIDA A URGENCIAS DONDE REFIEREN QUE DOLOR ES MUSCULAR, POR LO QUE DAN SALIDA. NO REALIZAN PARACLINCOS, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA SE EVIDENCIA DOLOR EN MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE REGION LUMBAR CON ESPASMO Y EDEMA, TRAYECTO DEL CIATICO DOLOROSO, LASEGE +.POR LO ANTERIOR INICIO ANALGESIA Y TERAPIA FISICA

SE REALIZA ATENCIÓN PRESENCIAL, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, RESPETANDO PROTOCOLOS DE MINSALUD Y SANITAS, CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR EL RIESGO POTENCIAL DE TRANSMISIÓN COVID 19.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Dolor en miembro (M796), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Lumbago con ciatica (M544), Impresión diagnóstica.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Diclofenaco sodico 75 mg/3 mL Sol Iny: Inyectar (vía intramuscular) 1 ampolla cada 24 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1
2. Naproxeno 250mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 5 día(s). Cantidad total: 10, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita TERAPIA FISICA INTEGRAL, No. 1, PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES DE PREDOMINIO DERECHO, QUE INICIA EN REGION POSTERIOR DE PANTORRILLA Y SE EXTIENDE HASTA GLUTEO TIPO SORDO QUE DIFICULTA LA DEMABULACION POR LO QUE CONSULTA.
COMENTA QUE CONSULTO EL DIA 22-02-2022 POR EL MISMO CUADRO Y FUE REMITIDA A URGENCIAS DONDE REFIEREN QUE DOLOR ES MUSCULAR, POR LO QUE DAN SALIDA. NO REALIZAN PARACLINCOS, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA SE EVIDENCIA DOLOR EN MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE REGION LUMBAR CON ESPASMO Y EDEMA, TRAYECTO DEL CIATICO DOLOROSO, LASEGE +.POR LO ANTERIOR INICIO ANALGESIA Y TERAPIA FISICA

SE REALIZA ATENCIÓN PRESENCIAL, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, RESPETANDO PROTOCOLOS DE MINSALUD Y SANITAS, CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR EL RIESGO POTENCIAL DE TRANSMISIÓN COVID 19..

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: SE EXPLICA QUE DEBE

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

MANTENER UN ADECUADO PESO CORPORAL,
PRESTAR ATENCIÓN AL COLCHÓN DE LA CAMA.
APRENDER CUIDADOS POSTURALES CORRECTOS:
PARA RETIRAR OBJETOS ¿EN ALTO¿, USE ALGÚN PEDESTAL O ESCALERA.
EL RESPALDO DEL ASIENTO EN EL CARRO DEBE TENER CONTACTO TOTAL CON SU ESPALDA.
LA MESA DE TRABAJO Y LA PANTALLA DEL COMPUTADOR, DEBEN DE TENER UNA ALTURA ADECUADA CON SILLA QUE APOYE LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA Y PUEDA RECLINARSE.
AL RECOGER OBJETOS DEL SUELO, DOBLE SUS RODILLAS Y ACÉRQUESE AL SUELO.
NO ALZAR OBJETOS PESADOS.
SI VA A PERMANECER MUCHO TIEMPO DE PIE APOYE UNA PIERNA SOBRE UN PEQUEÑO TABURETE.
USAR CALZADO ADECUADO. NO UTILIZAR TACONES ALTOS
EVITAR SITUACIONES QUE ORIGINEN ESTRÉS O ANSIEDAD
REALIZAR EJERCICIO. ENCAMINADO A REFORZAR LA MUSCULATURA LUMBAR Y ABDOMINAL. SE TRATARÍA DE REALIZAR SENCILLOS EJERCICIOS PARA PODER REALIZAR EN CASA O PRACTICAR
EVITAR EL REPOSO EN CAMA.
SE DEBE CAMBIAR A MENUDO DE POSICIÓN, CAMINAR Y MOVERSE DE VEZ EN CUANDO.
APLICAR CALOR SUAVE EN LA ESPALDA (UNOS 20 MINUTOS/2 O 3 VECES AL DÍA).
REALIZAR MASAJES SUAVES EN LA ZONA.

**- LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON AGUA Y JABÓN.
- USO PERMANENTE DE TAPABOCAS O MASCARILLA QUIRÚRGICA, SI SE MOJA O SE MANCHA CON SECRECIONES ESTA DEBERÁ SER CAMBIADA POR UNA NUEVA, EN CASO CONTRARIO SE DEBE CAMBIAR DIARIAMENTE
- PARA QUITARSE LA MASCARILLA EVITE TOCAR SU PARTE FRONTAL, DEBE HACERLO DE LAS BANDAS LATERALES Y DESECHAR EN LA BOLSA DE RESIDUOS, INMEDIATAMENTE DEBE LAVARSE LAS MANOS.
- NO COMPARTIR LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL
- LIMPIAR TODOS LOS DÍAS LAS SUPERFICIES DE CONTACTO FRECUENTE
- MONITOREAR SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS.
- EVITAR LAS VISITAS.
- MANTENER BUENA CIRCULACIÓN DE AIRE (AIRE ACONDICIONADO O VENTANA ABIERTA).

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: ***DIETA SANA:
RESTRICCION DE FRITOS, DISMINUCION DE CONSUMO DE SAL
COMER VERDURAS Y FRUTAS (5 PORCIONES EN EL DIA).
BEBA AGUA 1 a 2 lt (si no tiene problemas de corazón), NO ENDULCE JUGOS.
RESTRICCION DE HARINAS: PAPA PLATANO YUCA PAN ARROZ PASTA.
GRANOS 2 VECES POR SEMANA.
CONSUMA MAS AMENUDO CARNES BLANCAS: POLLO PEZ (SIN PIEL), LIMITE EL CONSUMO DE CERDO Y RES. EVITE EMBUTIDOS: SALCHICHA JAMONETA.
NO CONSUMA GASEOSAS NI ALIMENTOS PROCESADOS.
LACTEOS QUESO LECHE Y YOGURTH: DESCREMADOS Y DESLACTOSADOS, SI NO LO TOLERA CONSUMA PRODUCTOS DE SOYA.
NO CONSUMA PAN BLANCO, PREFIERA INTEGRAL.
CONSUMA PRODUCTOS DE AVENA EN HOJUELAS Y FIBRA NATURAL, PUEDE MEZCLARLO CON LOS JUGOS.
EVITE TABAQUISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

24/02/2022 12:03:47. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Ginna Liseth Belalcazar Hernandez. Reg. Médico. 1061723915. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Admisión No. 66626266. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: SOLA Teléfono: 3103805827

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: SOLA. Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: "SE ME ESTA HINCHANDO LA PIERNA".
Enfermedad Actual: PÁCIENTE EN DIA 10 DE PUERPERIO MEDIATO QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS DOS DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO, DISURIA Y TENESMO VESICAL. ADEMAS QUE DESDE HACE DOS DIAS AUMENTA EL SANGRADO VAGINAL , NIEGA ORINA TURBIA O FETIDA, REFIERE ADEMAS AUMENTO DE LA SUDORACION, CONSTIPACION DESDE HACE 4 DIAS.
ADICIONAL REFIERE QUE NOTA INFGLAMACION DE MMII Y DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA. MANEJA CON ACETAMINOFEN, CONSULTA 23/02/2022 GLUCOSA PRE Y POS NORMAL.
TIENE PENDIENTE LIGADURA DE TROMPAS, NO ESTA PLNAFICANDO ACTUALEMTNE.
Estado de Salud: Bueno.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: LO ANOTADO EN ENFERMEDAD ACTUAL.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(24/02/2022) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Amenorrea

PLANIFICACIÓN

(24/02/2022) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(24/02/2022) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(24/02/2022) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 90 mmHg
Temperatura: 36.3 ºC
Peso: 66 Kg
Talla: 1.64 m

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Índice de Masa Corporal: 24.54 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.76 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: DOLOR A LA PALPACIÓN DE PANTORRILA. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (NO SE REALIZA), Cervicovaginoscopia con especulo (NO SE REALIZA), Genitales externos (NORMOCONFIGURADOS), Observaciones: SANGRADO VAGINAL ESCASO A LA PRESION SOBRE HIPOGASTRIO .
Examen obstétrico: NO APLICA.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PÁCIENTE E 35 AÑOS DE EDAD EN DIA 10 DE PUERPERIO MEDIATO QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS DOS DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO, DISURIA Y TENESMO VESICAL. ADEMAS QUE DESDE HACE DOS DIAS AUMENTA EL SANGRADO VAGINAL , NIEGA ORINA TURBIA O FETIDA, REFIERE ADEMAS AUMENTO DE LA SUDORACION, CONSTIPACION DESDE HACE 4 DIAS.
ADICIONAL REFIERE QUE NOTA INFLAMACION DE MMII Y DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA. MANEJA CON ACETAMINOFEN, CONSULTA 23/02/2022 GLUCOSA PRE Y POS NORMAL. TIENE PENDIENTE LIGADURA DE TROMPAS, NO ESTA PLNAFICANDO ACTUALEMTNE-- AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DOLOR EN MMII DERCHO CON DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA, SE DIRECCIONA A URGENCIAS PARA DETERMINAR POSIBLE TVP. CLINICA LA ESTANCIA

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Embolia y trombosis de vena no especificada (I829), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
REMISION

1. Se solicita remisión Urgencias Por solicitud del médico tratante. Justificación: PÁCIENTE E 35 AÑOS DE EDAD EN DIA 10 DE PUERPERIO MEDIATO QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS DOS DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO, DISURIA Y TENESMO VESICAL. ADEMAS QUE DESDE HACE DOS DIAS AUMENTA EL SANGRADO VAGINAL , NIEGA ORINA TURBIA O FETIDA, REFIERE ADEMAS AUMENTO DE LA SUDORACION, CONSTIPACION DESDE HACE 4 DIAS.
ADICIONAL REFIERE QUE NOTA INFLAMACION DE MMII Y DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA. MANEJA CON ACETAMINOFEN, CONSULTA 23/02/2022 GLUCOSA PRE Y POS NORMAL. TIENE PENDIENTE LIGADURA DE TROMPAS, NO ESTA PLNAFICANDO ACTUALEMTNE-- AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DOLOR EN MMII DERCHO CON DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA, SE DIRECCIONA A URGENCIAS PARA DETERMINAR POSIBLE TVP. CLINICA LA ESTANCIA.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SE DIRECCIONA A URGENCIAS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

21/02/2022 07:42:48. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Adriana Piedad Sanchez Mendez. Reg. Médico. 34564203. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 66391091. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: ACUDE SOLA Teléfono: 3103805827

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Acompañante: ACUDE SOLA. Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: acude a control post parto .
Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINO 35 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL 6 DÍAS POST PARTO VAGINAL A LAS 39 SEMANAS INSTITUCIONAL CLINICA LA ESTANCIA ,SIN COMPLICACIONES, REALIZA CONTROL PRENATAL ADECUADO, CON PERFIL INFECCIOSO DEL ÚLTIMO TRIMESTRE NEGATIVO, HEMOCLASIFICACIÓN MATERNA A+ DEL RECIÉN NACIDO A+ , PRODUCTO UNICO DE SEXO FEMENINO , SIN HISTORIA DE HIPOXIA PERINATAL SIN COMAPLICACIONES EGRESO MADRE Y RECIEN NACIDO A LAS 12 HORAS . EN EL MOMENTO MADRE AFEBRIL EN BUEN ESTADO GENERAL LACTANDO A SU HIJA DE FORMA EXCLUSIVA , REFIERE SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FÉTIDO , CON ORDEN PARA INICIO DE PF CON POMEROY . REFIERE VACUNACION CONTRA COVID 19 2 DOSIS CON PFIZER DURANTRE LA GESTACION ,
PACIENTE QUE ACEPTA SER ATENDIDO DE FORMA PRESENCIAL VOLUNTARIAMENTE , UTILIZANDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, RESPETANDO LOS PROTOCOLOS DE MINSALUD Y SANITAS, CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN POTENCIAL DE COVID 19.
.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(21/02/2022) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Amenorrea

PLANIFICACIÓN

(21/02/2022) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(21/02/2022) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(21/02/2022) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso: 66.6 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 24.76 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.77 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: SIMETRICAS TURGENTES ADECUDA SECRECION LACTREA SIN SIGNOS DE INFECCION .
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, SE PALPA UTERO TONICO BIEN CONTRAIDO SIN DOLOR .
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE FEMENINA 35 AÑOS DE EDAD DIAS POST PARTO VAGINAL INSTIITUICIONAL CLINICA LA ESTENCIA PRODUCTO UNICO SEXO FEMENINO EN BUEN ESTADO GENERAL, LA AMDRE CURSO CON DIABETES GESTACIONAL REFIERE GLUCOMETRIAS D E

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

CONTROL ELEVADAS , EN EL MOMENTO MADRE AFEBRIL HIDRATADA SIGNOS VITALES ESTABLES LACTANDO A SU HIJA DE FORMA ADECUADA, MAMAS NORMALES SECRECION LACTEA SIN INFECCION , SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO BUEN ESTADO GENERAL . SE BRINDA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA, PUERICULTURA , PLANIFICACIÓN FAMILIAR. OPTANDO POR POMEROY CON ORDENES VIGENTES SE EDUCA USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO SE INFORMA Y SE EDUCAC SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19 , YA VACUNADA .

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Atencion y examen inmediatamente despues del parto (Z390), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Atencion y examen de madre en periodo de lactancia (Z391), Confirmado nuevo.
Diagnóstico Asociado 2: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepcion (Z300), Confirmado nuevo.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE PLANIFICACION FAMILIAR
Asesoría Pre-test: Paciente que desea planificación permanente con esterilización femenina, se brinda asesoría y se explica que en el procedimiento quirúrgico se bloquean o se cortan y se cierran las trompas de falopio que transportan los óvulos al útero y por esto lo hace un método definitivo. Se informa sobre su seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas, miedos, signos y síntomas por los cuales debe consultar después de la cirugía (fiebre alta, pus o sangrado en la herida, dolor, calor, hinchazón o enrojecimiento de la herida, dolor constante o que se empeora, cólicos o sensibilidad en el vientre, se desmaya o está muy mareada). Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre derechos en salud sexual reproductiva y autoexamen de mama y toma de citología cérvico uterina. Una vez aclaradas las dudas y de acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se dan indicaciones para trámite del procedimiento..

USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO DE USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO

- Uso adecuado del preservativo
Uso adecuado del preservativo: Se indaga sobre conocimientos previos frente al uso del preservativo, creencias conceptos y prácticas sexuales, se realiza la demostración con el modelo didáctico de cómo utilizar el preservativo en la actualidad. Se observan los posibles errores y se finaliza con la demostración y explicación correspondiente sobre el adecuado uso del preservativo y la recomendación de utilizar lubricante para mayor protección se despejan dudas, refiere haber entendido lo explicado..

ASESORÍA VACUNACIÓN COVID-19 GESTANTES DE ASESORÍA VACUNACIÓN COVID-19 GESTANTES
¿Se realizó asesoría para vacunación contra COVID-19 a la gestante?: Si.

¿Acepta la vacunación contra COVID-19?: Si.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Hierro (Ferroso) Sulfato 200mg (Hierro elemental 64mg) Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
2. Condon (Preservativo) Masculino: 15 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 15, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE FEMENINA 35 AÑOS DE EDAD DIAS POST PARTO VAGINAL INSTIITUICIONAL CLINICA LA ESTENCIA PRODUCTO UNICO SEXO FEMENINO EN BUEN ESTADO GENERAL, LA AMDRE CURSO CON DIABETES GESTACIONAL REFIERE GLUCOMETRIAS D E CONTROL ELEVADAS , EN EL MOMENTO MADRE AFEBRIL HIDRATADA SIGNOS VITALES ESTABLES LACTANDO A SU HIJA DE FORMA ADECUADA, MAMAS NORMALES SECRECION LACTEA SIN INFECCION , SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO BUEN ESTADO GENERAL . SE BRINDA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA, PUERICULTURA , PLANIFICACIÓN FAMILIAR. OPTANDO POR POMEROY CON ORDENES VIGENTES SE EDUCA USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO SE INFORMA Y SE EDUCAC SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19 , YA VACUNADA ..

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: CONSUMO DE CARNES MAGRAS POLLO Y PESCADO SIN PIEL. VÍSCERAS (HÍGADO PAJARILLA) EN PREPARACIONES SIN GRASA HUEVO LÁCTEOS FRUTAS VERDURAS HARINAS INTEGRALES LEGUMINOSAS (UNA VEZ.POR.SEMANA FRIJOL GARBANZO LENTEJAS) GRASAS(ACEITES DE ORIGEN VEGETAL COMO GIRASOL O CANOLA Y ACEITE DE OLIVAS) CONDIMENTOS NATURALES LÍQUIDOS (8 VASOS AL DIA DESCAFEINADOS). EVITE INGESTA DE ALIMENTOS PROCESADOS (INDUSTRIALIZADOS) AZÚCARES REFINADOS BEBIDAS ALCOHÓLICAS GASEOSAS GOLOSINAS. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO MEDICAMENTOS (NO FORMULADOS). ALUCINÓGENOS COMA DESPACIO Y MASTIQUE BIEN CADA BOCADO. NO REALICE NINGUNA OTRA ACTIVIDAD MIENTRAS COME.

REALIZAR EJERCICIO EN FORMA REGULAR Y ADECUADA PREVIO CALENTAMIENTO. NO SE EXCEDA Y NO SE FATIGUE. USE ROPA Y CALZADO ADECUADOS. EVITE MANEJOS O MANIPULACIONES RIESGOSAS POR EMPÍRICOS(PARTERAS-SOBANDEROS).

RECUERDE LAS VENTAJAS E IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA: FORTALECE LA RELACIÓN MADRE E HIJO- NO REQUIERE PREPARACIÓN- SIEMPRE ESTA A TEMPERATURA IDEAL- FACILITA LA ALIMENTACIÓN NOCTURNA-DISMINUYE EL RIESGO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL BEBÉ-NO TIENE COSTO-APORTA TODOS LOS NUTRIENTES NECESARIOS PARA EL ADECUADO DESARROLLO DEL BEBÉ.

TENGA PRESENTES LAS INSTRUCCIONES SOBRE EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO LOS DOCUMENTOS NECESARIOS LOS ELEMENTOS REQUERIDOS(ROPA Y UTENSILIOS MATERNOS Y ROPA PARA EL BEBÉ).

SE DAN RECOMENDACIONES A PRACTICAR EN EL MOMENTO PERTINENTE COMO CUIDADOS PROPIOS DEL RECIÉN NACIDO EN CUANTO A ALIMENTACIÓN BAÑO CUIDADOS DEL OMBLIGO VACUNACIÓN VESTIDO Y CUIDADOS GENERALES. IMPORTANCIA DE CONSULTA POSTPARTO Y VALORACIÓN DE RECIÉN NACIDO ASÍ COMO INICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E INICIO DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO 1 MES DESPUÉS DE PARTO. CONTINUAR MICRONUTRIENTES AUN EN EL POSTPARTO. EVITAR O MANEJAR ADECUADAMENTE SITUACIONES ESTRESANTES Y DORMIR EL TIEMPO NECESARIO REQUERIDO. COMENTAR CON EL MÉDICO TRATANTE O CON EL PERSONAL DE SALUD QUE LO ATIENDA CUALQUIER INQUIETUD SUGERENCIA RECOMENDACIÓN O DUDA QUE EXISTA .

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS

(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
    - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
    - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 5.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

19/01/2022 11:28:07. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Lopez Sanchez. Reg. Médico. 48600794. Ginecologia y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 64763197. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: asiste a valoracion.
Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con politica de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atencion bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos,fiebre , contacto con personas sintomaticas ni factor de riesgo epideiologico para covid 19.
PACIENTE DE 35 AÑOS, G2P1, EMB DE 35 SEM POR ECO (30 JUNIO 6.1 SEM) NO INMUNIDAD PARA TOXO, SX DE ANSIEDAD EN MANEJO, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO (INICIAL), DBT GESTACIONAL, LIGAMENTITIS, PLACENTA PREVIA, SEGUNDA DOSIS DE COVID EL 7 SEPTIEMBRE 2021. EN EL MOMENTO REFEIRE CEFALEA OCASIONAL , MOVIMIENTOS FETALES, TOMA ENSOY DBT, GESTAVIT, METFORMINA (3

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

VECES AL DIA), ASA. YA FUE VAL POR MED MATERNO FETAL , PENDIENTE VAL POR ENDOCRINOLOGIA, TRAE EACOCARDIOGRAMA DE 4 ENERO SEM 32 NORMAL, TRAE GLUCOMETRIAS DEL 9 ENERO HASTA AYER EN METAS. HOY SE TOMO PARACLINICOS DE TERCER TRIMESTRE INCLUYENDO TOXO. DESEA POMEROY POSPARTO.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 36.2 .
Edad gestacional por ECO: 35.1 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 19/01/2022 .
Semanas Último Control: 35.1 .
No. Controles prenatales: 20 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 69 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22
Índice de Masa Corporal: 25.97 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 56.98 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.8 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Genitales externos (SE OMITE).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (32), No. de fetos (1), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (140).

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PLAN ECO DOPPLER, REMISION A III NIVEL, RECOMENDACIONS Y SIGNOS DE ALARMA, SE GENERA ORDEN PARA POMEROY POSPARTO

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 35 semanas.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS
FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

1. Metformina 850mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 3 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 1
Recomendaciones: TOMAR TRES TABLETAS AL DIA POR 30 DIAS.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA, No. 1, PLAN ECO DOPPLER, REMISION A III NIVEL, RECOMENDACIONS Y SIGNOS DE ALARMA, POMEROY POSPARTO.
2. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL, No. 1, PLAN ECO DOPPLER, REMISION A III NIVEL, RECOMENDACIONS Y SIGNOS DE ALARMA, PRIORITARIO POR MED MATERNO FETAL.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
REMISION

1. Se solicita remisión Ginecologia y Obstetricia Por solicitud del médico tratante. Justificación: VALORACION EN CLINICA LA ESTANCIA PARA EVALUAR VIA DEL PARTO.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de liquido amniotico que le mojelas piernas, debe acudir si presnta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presntea edemas de extremidades muy fuertes.
Sebe consumir alimentos bajos en azucares y grasas presentar una dieta balanceada con abundnates verduras ricas en vitamna a y folatos
RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37,

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 5.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

11/05/2022 12:02:19. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Monica Patricia Gaviria Rodriguez. Reg. Médico. 34317126. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 70529288. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 36 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Primera Vez.
Número de Control: 1. Tipo de Programa: Adulto, Cáncer de Cérvix, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad., Planificación Familiar, Salud Mental, VIH/SIDA, Vacunación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: CONSULTA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
Enfermedad Actual: Se atiende a paciente por teleconsulta para actualización de datos de programa de planificación familiar, se atiende con todos los elementos de protección personal, Se indaga con paciente los siguientes datos
Paciente de 36 años, refiere:
Victima de conflicto armado: NO
Vacunacion covid: 2 dosis, septiembre de 2021.
Citología: hace mas de un año, negativa. Se da orden.
Pruebas duales VIH- Serología: Se da orden
Planifica con: preservativos, Desde hace: 3 meses
No uso de condón de forma regular.
Menarquia: 13 años
FUM:amenorrea.
G:2 P:2 A:0 C:0
FUP: 15/02/2022 al a edad de: 36 años
Inicio relaciones sexuales a los: 17 años.
N° de compañeros sexuales: 3
Antecedentes personales: Migraña.
Antecedentes familiares: madre y abuela materna hta
No fuma. No consumo de alcohol, no uso de sustancias psicoactivas. Incluye frutas y verduras en su alimentación. No refiere maltrato, ni abuso, ni violencia intrafamiliar
OCUPACIÓN: Empleada.
Estado de Salud: Bueno.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

SALUD MENTAL - KALMA.
Fecha de ingreso al programa: 22/02/2022.

Tamizaje médico general
1. ¿La persona tiene o ha tenido un problema psicosocial que amerite intervención, en los últimos 3 meses?: No.
2. ¿La persona tiene o ha tenido problemas de adicción al Alcohol o Drogas, en los ultimos 12 meses?
: No.
3. ¿La persona tiene o ha tenido problemas emociones, cognitivos o comportamentales que ameriten intervención, en los últimos 3 meses?: No.
4. ¿La persona presenta o ha presentado síntomas significativos de ansiedad, todos los días o casi todos los días, en el ultimo mes?: No.
5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maniforme, en los últimos 3 meses?
: No.
6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o perdidas de interés o satisfacción por sus actividades regulares, durante la mayor parte del día, durante casi todos los días, en un periodo de dos semanas continuas, y esto representa un cambio con respecto al funcionamiento previo?
Comentario: (Síntomas como insomnio, problemas de la alimentación, con la sexualidad, otros problemas)

: Si.

DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(11/05/2022) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Amenorrea

PLANIFICACIÓN

(11/05/2022) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 3 - mese(s)

CITOLOGÍA

(11/05/2022) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(11/05/2022) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 88 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 97 %
Temperatura: 36.5 ºC
Peso: 68 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 25.28 (kg/m2) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 82 cm -Obesidad central
Superficie corporal: 1.79 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente de 36 años, quien de forma voluntaria atiende consulta de actualización de datos del programa de planificación familiar por vía telefónica, se registran signos vitales de consulta anterior por modalidad de consulta.
Se explica métodos alternativos de planificación (métodos hormonales (anticonceptivos orales, inyección mensual y trimestral e implante subdérmico) métodos no hormonales (dispositivo intrauterino, barrera y del conocimiento de la fertilidad) y definitivos (vasectomía y ligadura femenina) sin exclusión alguna. Se explican los mecanismos de acción, forma de uso, seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas y miedos, efectos adversos, signos y síntomas por los cuales debe consultar y retorno o a la fertilidad. Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.)

Elegibilidad 1: Bajo criterios de elegibilidad, paciente refiere continuará con método actual se cita a controles de forma regular. Se brinda información y se aclaran dudas. Mantenimiento regular y continuo de método.

Se registra en programa KALMA, con remisión, ya tiene orden
Se realiza orden de preservativos, campaña de prevención de ITS.
Se registra en programa de planificación familiar, con BARRERA.
Esposo con citya para orden de vasectomia.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

PENDIENTE:
Remisión a toma de citología.
Remisión a consulta de adulto sano.
Remisión a toma de pruebas duales de VIH y Serología.
Próxima cita de control por programa de promoción y prevención.
Remisión a consulta de odontología para valoración e higiene oral de control.
Remisión a consulta de planificación familiar según esquema.
Se brinda educación en hábitos saludables de vida, manejo de peso sano y adecuado.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Otras atenciones especificadas para la anticoncepcion (Z308), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares (Z136), Confirmado nuevo.
Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Confirmado nuevo.

INTERVENCIONES
11/05/2022 12:12. EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA. Cantidad: 1.
Diagnóstico(s) previo(s) asociado(s) a la intervención: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124); Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares (Z136); Otras atenciones especificadas para la anticoncepcion (Z308). Finalidad: Detección temprana de enfermedad general. Descripción del procedimiento: Resuelva sus dudas con profesionales de la salud, no se auto medique, realice el autoexamen del seno (en hombres y mujeres). Desde que inicie su vida sexual recuerde el uso de condón en cada relación sexual, Prevención de ITS. Hábitos de vida saludable, Uso correcto del método y no olvide sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva. En caso de presentar algún signo de alarma (Visión borrosa repentina, Pérdida de conciencia, hemorragias, dificultad respiratoria marcada) consultar en clínica la estancia por urgencias. ACTIVIDAD FÍSICA Realizar actividad física con un mínimo de 20 minutos al día, acorde con sus necesidades, pausas activas en el lugar de trabajo o estudio. RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Evite alimentos procesados, enlatados y conservantes, evite el consumo excesivo de sal, azúcar, grasas, (incluye comidas rápidas), asegure un aporte calórico suficiente dependiendo de su actividad física, evite el sedentarismo y las largas horas frente a aparatos electrónicos.. Complicaciones: No.

ASESORÍAS
USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO DE USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO

- Uso adecuado del preservativo
Uso adecuado del preservativo: Se indaga sobre conocimientos previos frente al uso del preservativo, creencias conceptos y prácticas sexuales, se realiza la demostración con el modelo didáctico de cómo utilizar el preservativo en la actualidad. Se observan los posibles errores y se finaliza con la demostración y explicación correspondiente sobre el adecuado uso del preservativo y la recomendación de utilizar lubricante para mayor protección se despejan dudas, refiere haber entendido lo explicado..

ADHERENCIA A PROGRAMAS
ADULTO
Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado.

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.
Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Condon (Preservativo) Masculino: 1 Unidad cada 1 día(s) por 15 día(s). Cantidad total: 15, Número de entregas: 1 Recomendaciones: Campaña permanente de prevención de enfermedades de transmisión sexual, salud sexual y reproductiva.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL, No. 1, Paciente de 36 años, quien de forma voluntaria atiende consulta de actualización de datos del programa de planificación familiar por vía telefónica, se registran signos vitales de consulta anterior por modalidad de consulta.
Se explica métodos alternativos de planificación (métodos hormonales (anticonceptivos orales, inyección mensual y trimestral e implante subdérmico) métodos no hormonales (dispositivo intrauterino, barrera y del conocimiento de la fertilidad) y definitivos (vasectomía y ligadura femenina) sin exclusión alguna. Se explican los mecanismos de acción, forma de uso, seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas y miedos, efectos adversos, signos y síntomas por los cuales debe consultar y retorno o a la fertilidad. Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.)

Elegibilidad 1: Bajo criterios de elegibilidad, paciente refiere continuará con método actual se cita a controles de forma regular. Se brinda información y se aclaran dudas. Mantenimiento regular y continuo de método.

Se registra en programa KALMA, con remisión, ya tiene orden
Se realiza orden de preservativos, campaña de prevención de ITS.
Se registra en programa de planificación familiar, con BARRERA.
Esposo con citya para orden de vasectomia.

PENDIENTE:
Remisión a toma de citología.
Remisión a consulta de adulto sano.
Remisión a toma de pruebas duales de VIH y Serología.
Próxima cita de control por programa de promoción y prevención.
Remisión a consulta de odontología para valoración e higiene oral de control.
Remisión a consulta de planificación familiar según esquema.
Se brinda educación en hábitos saludables de vida, manejo de peso sano y adecuado., No relaciones sexuales tres días antes del procedimiento. No sangrado vaginal, No relaciones sexuales, No duchas ni medicamentos intravaginales. Próxima cita con resultado de citología. Vigilar y consultar signos y síntomas de alarma: dolor intenso, sangrado vaginal abundante..

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Autoexamen del seno mensual (hombres y mujeres). Uso de condón en cada relación sexual. Prevención de ITS (infecciones o enfermedades de trasmisión sexual). Hábitos de vida saludable (ejercicio, alimentación y sueño). Uso correcto del método (asista a sus controles de forma regular). Vigilar y consultar signos y síntomas de alarma, debe consultar a la entidad de salud más cercana ante algún signo de alarma como:(Visión borrosa repentina, pérdida de la conciencia, hemorragias, convulsión, dificultad respiratoria marcada, entre otros) ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar actividad física con un mínimo de 20 minutos al día, acorde con sus necesidades, pausas activas en el lugar de trabajo o estudio. RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Evite alimentos procesados, enlatados y conservantes, evite el consumo excesivo de sal, azúcar, grasas, (incluye comidas rápidas), asegure un aporte calórico suficiente dependiendo de su actividad física, evite el sedentarismo y las largas horas frente a aparatos electrónicos. Asista de forma periódica a sus controles de planificación familiar y consulta de programas de promoción y prevención (consulta de adolescente, joven sano, adulto, salud oral, psicología, trabajo social, planificación familiar, con inicio de vida sexual toma de pruebas VIH, serología y citología en mujeres mayores de 25 años.
Toma de pruebas rápidas de VIH y SEROLOGÍA, en sede principal prados del norte los días lunes y miércoles (6 am a 1pm) y viernes (1 pm a 8 pm

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

jornada continua), consultorio 401, cuarto piso. En sede Antonio Nariño los días lunes (1 pm a 8pm). Presentarse con su documento, No requiere cita, ni autorización ni copago Todo usuario de SANITAS, mayor de 13 años, tiene derecho a la toma de estas pruebas cada 6 meses. Gracias por su colaboración en la actualización de sus datos en el programa de salud sexual y reproductiva

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

22/02/2022 18:53:09. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ANTONIO NARIÑO, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Diana Marcela Gutierrez Garcia. Reg. Médico. 52812777. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 66516407. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 1. Tipo de Programa: Buen Trato, Planificación Familiar, Preparación para ser padres y madres, Seguimiento Teleasistencia.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: TELEORIENTACION LACTANCIA MATERNA.
Enfermedad Actual: Edad: 35 Años
G2P2A0
Fecha última parto: 15/02/2022 e
Complicaciones: Ninguna
Peso recién nacido: 3240 gr
Talla recién nacido: 50cm
Sexo: Femenina (Violeta)
Lloró al nacer: Si
Lactancia materna exclusiva: Si
Contacto piel a piel: Si
Tipo de sangre R.N: A Positivo
Vacunación R.N: BCG- HB
Melancolía post parto: Si
Depresión post parto: Si
Método de planificación: Pomeroy
Ha presentado signos de alarma: Cefalea, leve edema de miembros inferiores

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Antecedentes personales: Diabetes gestacional
Antecedentes familiares: Madre y abuela materna HTA , Tio materno DM
Inmunización Covid 19:completo con 2 dosis ; 07/09/Biológico: Pfizer ¿

.
Estado de Salud: Bueno.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

SALUD MENTAL - KALMA.
Fecha de ingreso al programa: 22/02/2022.

Tamizaje médico general
1. ¿La persona tiene o ha tenido un problema psicosocial que amerite intervención, en los últimos 3 meses?: No.
2. ¿La persona tiene o ha tenido problemas de adicción al Alcohol o Drogas, en los ultimos 12 meses?
: No.
3. ¿La persona tiene o ha tenido problemas emociones, cognitivos o comportamentales que ameriten intervención, en los últimos 3 meses?: No.
4. ¿La persona presenta o ha presentado síntomas significativos de ansiedad, todos los días o casi todos los días, en el ultimo mes?: No.
5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maniforme, en los últimos 3 meses?
: No.
6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o perdidas de interés o satisfacción por sus actividades regulares, durante la mayor parte del día, durante casi todos los días, en un periodo de dos semanas continuas, y esto representa un cambio con respecto al funcionamiento previo?
Comentario: (Síntomas como insomnio, problemas de la alimentación, con la sexualidad, otros problemas)

: No.

DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(22/02/2022) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Amenorrea

PLANIFICACIÓN

(22/02/2022) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

(22/02/2022) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(22/02/2022) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso: 66.6 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 24.76 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.77 m2
Escala Dolor: 0

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA ¿ TELECONSULTA
Paciente de 35 años , G2P2A0 , en puerperio tardío, parto a las 39 semanas, institucional, sin complicaciones , Curso con Diabetes gestacional - Ya tiene ordenes para control de glucosa pre y post pandrial , se asigna cita por Bukeala para la toma con laboratorio para el 23/03/2022 a las 7: 12 am , con signos de alarma presentes en el momento del interrogatorio . cefalea . edema de miembros inferiores , por lo que se asigna cita prioritaria por bukeala con medicina general (Dra. Gina Belalcazar)
Método de planificación elegido: Oclusion tubarica bilateral , se realiza consejeria en lactancia materna, brindando información a cerca de :
Ventajas de la lactancia materna
Técnicas de amamantamiento
Signos del buen agarre
Extracción manual de la leche materna
Cómo recolectar la leche materna
Conservación de la leche materna
Dieta balanceada
Autocuidado durante el post parto
Signos y síntomas de alarma de la madre y el recien nacido
Se aclaran dudas : no se recomienda el consumo de caldos de gallina, agua de panela y chocolate como beneficio para aumentar la producción de leche, se indica aumentar el consumo de agua, aromaticas sin azúcar, frutas, verdura y fibra natural

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Atencion y examen de madre en periodo de lactancia (Z391), Tiempo Evolución: 1 Año(s), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Otras atenciones especificadas para la anticoncepcion (Z308), Tiempo Evolución: 1 Año(s), Confirmado nuevo.

INTERVENCIONES

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

22/02/2022 19:09. EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA. Cantidad: 1.
Diagnóstico(s) previo(s) asociado(s) a la intervención: Atencion y examen de madre en periodo de lactancia (Z391). Finalidad: Protección específica.
Descripción del procedimiento: Teleorientacion en lactancia materna. Complicaciones: No.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE LACTANCIA MATERNA

- Asesoria PRE-TEST
¿Desea lactar?: Si.

¿Conoce las ventajas para el bebe?: Si.

¿Conoce las ventajas para la mamá?: Si.

¿Sabe qué es la lactancia exclusiva?: Si.

¿Sabe qué es el alojamiento conjunto y por qué es importante?: Si.

¿Sabe por qué es importante el contacto piel a piel?: Si.

¿Conoce la técnica de amamantar?: Si.

¿Sabe extraer leche?: Si.

¿Conoce la posición para amamantar?: Si.

¿Sabe que es la lactancia a libre demanda?: Si.

¿Sabe como se almacena la leche?: Si.

¿Conoce por cuanto tiempo hay que lactar?: Si.

Tipo de pezó n: El pezón normal.

Duración de la asesoría (min): 20.0.

Observaciones: Se interroga a la paciente sobre sus deseos de lactar. Se indaga sobre el conocimiento que tiene acerca de las ventajas de la lactancia para el bebé y para la mamá. Se aclara en qué consiste la "Lactancia materna exclusiva" y la "Lactancia materna a libre demanda". Se explica la técnica y las posiciones adecuadas para amamantar. Se identifica si la paciente se sabe extraer la leche y si conoce cómo se debe almacenar. Se informa el tiempo ideal durante el cual se debe lactar..

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: ¿ EVITAR EL USO DE JABONES, ACEITES O LOCIONES O SUSTANCIAS QUE CONTENGAN ALCOHOL EN EL AREA DE PEZONES Y AREOLA
¿ COLOCAR LOS SENOS AL AIRE Y SOL DURANTE 10 MINUTOS
¿ EVITAR EL USO DE SOSTENES CON VARILLA O ROPA MUY AJUSTADA DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PARTO PARA EVITAR COMPLICACIONES
¿ MANTENER UNA DIETA BALANCEADA
¿ NO ES NECESARIO HACER ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O ESTIRAMIENTO DE PEZONES
¿ LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE AMAMANTAR AL BEBE CON ABUNDANTE AGUA Y JABON QUE HAGA ESPUMA DURANTE 20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

SEGUNDOS
¿ NO HACER USO DE TELEFÓNOS CELULARES DURANTE EL TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA
¿ MANTENER UN AMBIENTE TRANQUILO Y CÁLIDO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA
¿ NO se recomienda el consumo de caldos de gallina, agua de panela y chocolate como beneficio para aumentar la producción de leche, se indica aumentar el consumo de agua, aromaticas sin azúcar, frutas, verdura y fibra natural

TECNICA DE EXTRACCION MANUAL DE LECHE MATERNA

¿ Lávese las manos hasta las muñecas, uñas y dedos con abundante agua y jabón
¿ Séquese las manos con toallas de papel o toallas limpias
¿ Busque un lugar limpio y tranquilo, evite los baños
¿ Iniciar con masaje suave en forma circular con la yema de los dedos, alrededor de cada seno
¿ Colocar la mano en forma de C, de tal manera que el pulgar esté por encima de la areola y el dedo índice por debajo de ésta
¿ Empujar los dedos pulgar e índice contra el tórax presionando los conductos lactíferos
¿ No deslice los dedos sobre la piel de los senos
¿ Los primeros chorros de leche materna se deben desechar
¿ Deposite la leche que extrae en un frasco de vidrio con tapa previamente lavado con agua y jabón hervido durante 10 minutos
¿ Una vez finalizada la extracción coloque algunas gotas de leche materna alrededor de la areola y el pezón

CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

¿ Puede mantenerla a temperatura ambiente protegiéndola de la luz y el calor por cuatro horas
¿ La leche materna extraída se conserva en nevera o refrigerador por 24 horas, no es recomendable almacenarla en la puerta de la nevera
¿ La leche materna se puede conservar congelada por 3 meses

ANTES DE CALENTAR LA LECHE MATERNA ALMACENADA EN LA NEVERA SAQUELA Y DEJE REPOSAR DURANTE 2 HORAS LUEGO CALENTAR A BAÑO MARIA

NO OLVIDE MARCAR LA LECHE EXTRAIDA CON FECHA Y HORA

SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO
¿ Vomita todo lo que come
¿ No puede beber o tomar el pecho
¿ Convulsiones
¿ Dificultad para respirar
¿ Somnoliento
¿ Fiebre
¿ Sangre en las heces
¿ Hundimiento de fontanela

Signos de alarma de recién nacido hasta los 2 meses para consultar:
¿ No puede beber o tomar el pecho
¿ Empeora o no se ve bien
¿ Cianosis o ictericia (¿Se pone morado o amarillo¿)
¿ Dificultad para respirar
¿ Sangre en las heces
¿ Fiebre persistente o hipotermia
¿ Vomita todo lo que come

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

¿ Convulsiones

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Antonio Nariño

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

14/01/2022 10:16:33. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Nhora Yisell Guerra Narvaez. Reg. Médico. 48600760. Enfermeria.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 64526638. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono: 3103805827
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 9. Tipo de Programa: Control Prenatal, Vacunación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Teléfono: 3103805827.
Motivo de consulta: Paciente ingresa para toma de pruebas rápidas del tercer trimestre.
Enfermedad Actual: Se atiende presencial utilizando todos los elementos de proteccion por pandemia covid 19 , siguiendo y cumpliendo lineamientos de salud publica y de sanitas
Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G 2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas , se diligencia carnet del CLAP,

Consumo regular de micronutrientes tipo gestavit bien tolerados, metformina y asa, Inmunizaciones se encuentran registradas en cartilla materna : Td e Influenza: 27/08/2021 , Dpta: 3/12/2021 ,Covid 19: 1°dosis: 17/08/2021 2°dosis 7/09/2021 Biológico: pfizer
Ya valorada por Psicologia y Nutricion. Odontología: 17/07/2021
Embarazo planeado, no preconcepcionales, no acido folico.
Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.
REfier dolor de cabeza en ocasiones toma acetamnofen, niega otros síntomas
.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO
Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: Si
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síontomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No
Daño físico embarazo: No
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL
Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0
Edad de 16 años a 35 años: Si. Puntaje: 0
Edad mayor a 35 años: No. Puntaje: 0
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0
Paridad de 1 a 4 partos: Si. Puntaje: 0
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0
Diabetes gestacional: Si. Puntaje: 2
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0
Mala presentación: No. Puntaje: 0
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

RIESGO: BAJO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

GESTACIÓN ACTUAL
- Edad Gestacional
FUR: 10/05/2021 .
Confiabilidad: Confiable.
Fecha ECO: 30/06/2021 .
No. semanas a fecha ecografía: 6.1 .
Edad gestacional por FUR: 35.4 .
Edad gestacional por ECO: 34.3 .
FPP por FUR: 14/02/2022 .
FPP por ECO: 22/02/2022 .
Calculo edad gestacional: Por ECO.

- Datos Gestación
No. de embarazo: 2 .
Tipo de Embarazo: Único.
¿Embarazo planeado?: No .
¿Embarazo deseado?: Si .
Fecundación: Natural.
Antecedentes de infertilidad: No.
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .
¿Ingreso tardío?: No .
¿Informa sentencia C355?: Si .
Solicita IVE?: No .
Cumple alguna causal de IVE?: No .
Primer control: 24/06/2021 .
Semanas Primer Control: 6.3 .
Último control: 14/01/2022 .
Semanas Último Control: 34.3 .
No. Controles prenatales: 19 .

- Información Pareja
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: Si .Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER YELA .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento: 12754291 .Edad del padre: 38 .Hemoclasificación: A+.Teléfono: 3178791470 .

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(14/01/2022) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

PLANIFICACIÓN

(14/01/2022) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(14/01/2022) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: flora sugestiva de vaginosis bacteriana.

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(14/01/2022) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 20/10/2015

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 98 %
Temperatura: 36 ºC
Peso Pregestacional: 64 Kg
Peso: 70.5 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.09
Índice de Masa Corporal: 26.53 (kg/m2) IMC adecuado para la edad gestacional
Ganancia de peso: 189.5 gramos por semana - Fuera de lo esperado
Superficie corporal: 1.82 m2
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Simétricas, no nódulos ni masas, piel integra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías
.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Genitales: Tanner vello pubiano (Estadio 5 (P5)).
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: NORMAL .
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.
Examen ginecológico: Tacto vaginal (SE OMITE), Genitales externos (NORMAL).
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (34), No. de fetos (1), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (148), Observaciones: FETOCARDIA CON DOPPLER.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

CONTROL PRENATAL

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 14/01/2022 00:00:00

Edad Gestacional
1. Semanas Edad Gestacional: 34.3

Inmunologia
1. Elisa para VIH 3r Trimestre: No Reactiva.
2. Prueba no treponémica (RPR o VDRL) III trimestre: No reactivo,

Prueba rápida dual VIH-Sífilis
1. Fecha y hora de realización prueba dual VIH-Sífilis: 14/01/2022 12:00.
2. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.
3. Lote del Kit Prueba dual VIH/Sífilis: 06ADG029B.
4. Fecha de vencimiento del Kit Prueba dual VIH/Sífilis: 29/06/2023.
5. Persona que realizó la prueba: YISELL GUERRA N.
6. Resultado prueba rápida VIH: Negativo.
7. Resultado prueba rápida Sífilis: Negativo.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V1 M0
Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Tiempo Evolución: 34 Semana(s), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 34.3 semanas.
Diagnóstico Asociado 1: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepcion (Z300), Tiempo Evolución: 34 Semana(s), Confirmado repetido.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE PLANIFICACION FAMILIAR
Asesoría Pre-test: Paciente que desea planificación permanente con esterilización femenina, se brinda asesoría y se explica que en el procedimiento quirúrgico se bloquean o se cortan y se cierran las trompas de falopio que transportan los óvulos al útero y por esto lo hace un método definitivo. Se informa sobre su seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas, miedos, signos y síntomas por los cuales debe consultar después de la cirugía (fiebre alta, pus o sangrado en la herida, dolor, calor, hinchazón o enrojecimiento de la herida, dolor constante o que se empeora, cólicos o sensibilidad en el vientre, se desmaya o está muy mareada). Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre derechos en salud sexual reproductiva y autoexamen de mama y toma de citología cérvico uterina. Una vez aclaradas las dudas y de acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se dan indicaciones para trámite del procedimiento..

PRE_TEST DE ASESORÍA PRE-TEST VIH

- Asesoría Pre Test VIH
Fecha de asesoría pre-test VIH: 14/01/2022.

Se establecen comportamientos sociales y sexuales de riesgo: No.

Se establece la exposición directa o sin protección a desechos tóxicos y/o biológicos.: No.

¿Se considera que el paciente presenta riesgo para VIH?: No.

Se explica el motivo de solicitud de la prueba de VIH: Si.

Se informa sobre los mecanismos de trasmisión de VIH y como prevenir la infección por VIH: Si.

Se brinda información sobre la enfermedad y como el diagnóstico temprano mejora el pronóstico.: Si.

Se evalúa la red de apoyo: Si.

Se explica la importancia de hacer la prueba de VIH y los posibles resultados: Si.

Se informa sobre la importancia de reclamar el resultado de manera oportuna: Si.

Se informa sobre la existencia de tratamientos efectivos para esta enfermedad.: Si.

Se informa sobre derechos/deberes sexuales-reproductivos y acceso a servicios de salud.: Si.

Se da Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales.: Si.

POST_TEST DE ASESORÍA POST-TEST VIH NEGATIVO

- Asesoría Post Test VIH Negativo
Fecha de asesoria post-test VIH negativo: 13/10/2021.

Se informa el resultado y la interpretación de la prueba de VIH: Si.

Se registra en la historia clínica el resultado de la prueba de VIH: Si.

¿Se considera que el paciente presenta riesgo para VIH?: No.

Se informa la manera de prevenir las infecciones de trasmisión sexual y el VIH : Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Se informa sobre derechos sexuales y reproductivos: Si.

Se resuelven dudas e inquietudes: Si.

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Acido Acetilsalicilico 100mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 1/2 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 45, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 14/01/2022- 13/02/2022, Recomendaciones: tomar en la noche .
2. Metformina 850mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 4, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 14/01/2022- 13/02/2022,
3. Tira de glucometría: 1 Unidad cada 8 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 14/01/2022- 13/02/2022, Recomendaciones: tomar pre desayuno, y post comidas.
4. Acetaminofen 500 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 14/01/2022- 13/02/2022,
5. Lanceta de Glucometría: 1 Unidad cada 8 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 14/01/2022- 13/02/2022,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
2. Se solicita CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
3. Se solicita EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
4. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
5. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
6. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
7. Se solicita PERFIL BIOFISICO, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
8. Se solicita Monitoria fetal anteparto, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.
9. Se solicita UROANALISIS, No. 1, Paciente de 35 años, G2P1 Ahora cursando con embarazo de 34.3 semanas, se toman prueba rápidas y se ordenan laboratorios del tercer trimestre, en la actualidad en control glucometrico por diabetes gestacional, estuvo en valoración por medinan matero fetal Dr Ordoñez el 8/01/2022 ordena cambios en la frecuencia de la metformina , continuar control glucometrico y evaluar en 1 semana para valorar necesidad de hospitalización, ordena ecografia obstetrica y perfil biofisico y mas doppler, monitoria fetal se cita a control con resultados, se informa a cerca de la Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar desea con ligadura de trompas , se informa a cerca de los beneficios del alojamiento conjunto hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto, derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez. Control alterno con medico del programa.
Se indica orden de cita antenatal con pediatria.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: NO MOVILIZARSE EN MOTOCICLETA, PARA PREVENIR LA POSIBILIDAD DE ACCIDENTES QUE PUEDAN PONER EN RIESGO AL EMBARAZO.

PARA EVITAR TOXOPLASMOSIS :

TOMAR AGUA HERVIDA
LAVAR MUY BIEN FRUTAS Y VERDURAS
COCINAR MUY BIEN LAS CARNES
LECHE, QUESO, YOGURTH Y LACTEOS PASTERIZADO
LAVARSE BIEN LAS MANOS ANTES DE COMER
SI MANIPULA TIERRA O ARENA USAR GUANTES.

Consultar por urgencias si:
Presenta dolor de cabeza
Dolor en la boca del estomago que no mejore con antiácidos
Si ve luces o escucha pitos
Presenta contracciones
No presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo
¿Dolor bajito¿
Le sale líquido o sangre por la vagina.
Hay ausencia o disminución de los movimientos fetales.
Si presenta fiebre
Ardor al orinar o mal olor en la orina.
Amanecer con la cara o manos y/o pies ¿hinchados¿ .
Acudir a los controles prenatales, seguir la conducta medica, evitar auto-medicarse, evitar el estrés.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR INFECCION POR CORONAVIRUS. ** Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos, especialmente después de haber estado en un lugar público, o después de sonarse la nariz, toser o estornudar. **Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, use un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. Cubra todas las superficies de las manos y frótelas hasta que sienta que se secaron. **Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar. **Evite el contacto cercano, UBIQUESE AL MENOS A 2 METROS DE DISTANCIA DE OTRAS PERSONAS ** Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable cuando tosa o estornude, o use la parte interna del codo, bote los pañuelos desechables que haya usado a la basura,de inmediato, lávese las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón fácilmente disponibles, límpiese las manos con un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol. ** Use una mascarilla **Limpie Y desinfecte las superficies que se tocan frecuentemente todo los días. Esto incluye las mesas, las manijas de las puertas, los interruptores de luz, los mesones, las barandas, los escritorios, los teléfonos, los teclados, los inodoros, los grifos, los lavamanos y los lavaplatos.

Educación: Importancia de carné materno, mecanismos de transmisión y prevención de ITS/VIH-SIDA, importancia de salud bucal, nutrición y alimentación balanceada, lactancia materna, planificación familiar (desea inyectable trimestral, ligadura, implante subdérmico, DIU de Cobre), alojamiento conjunto (hasta los 6 mes en la misma cama y hasta los 2 años en igual cuarto), derecho a la atención del trabajo de parto y parto con calidad y calidez.

Signos de alarma de la gestante para consultar por urgencias:

I Trimestre
Fiebre constante
Presenta dolor de cabeza
Si ve luces o escucha pitos
Dolor abdominal fuerte y continuo
Sangrados de color café o rojo, acompañados de dolor en el abdomen y cólicos.
Vómitos abundantes
Cólicos o ¿dolor bajito¿

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 1.
Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Ardor al orinar o malos olores en orina.

II y III Trimestre

Presenta dolor de cabeza
Dolor en la boca del estomago que no mejore con antiácidos
Si ve luces o escucha pitos
Presenta contracciones
No presentar contracciones después de la semana 40 de embarazo
¿Dolor bajito¿
Le sale líquido o sangre por la vagina.
Hay ausencia o disminución de los movimientos fetales.
Si presenta fiebre
Ardor al orinar o mal olor en la orina.
Amanecer con la cara o manos y/o pies ¿hinchados¿

Grupo de apoyo: Llamar a la línea amiga de IAMI 3022917122, para asesoría y resolución inquietudes sobre su embarazo, parto, puerperio y cuidado de sus hijos e hijas.

Recomendaciones:
Acudir a los controles prenatales, seguir la conducta medica, evitar auto-medicarse, manejo del estrés.
NO MOVILIZARSE EN MOTOCICLETA, PARA PREVENIR LA POSIBILIDAD DE ACCIDENTES QUE PUEDAN PONER EN RIESGO AL EMBARAZO.

PARA EVITAR TOXOPLASMOSIS :

TOMAR AGUA HERVIDA
LAVAR MUY BIEN FRUTAS Y VERDURAS
COCINAR MUY BIEN LAS CARNES

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930

Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 5.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

02/02/2022 11:17:25. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Maria Del Mar Puyo Muñoz. Reg. Médico. 25277803. Psicologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.
Admisión No. 65468927. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes. Antigüedad Ocupación: 8 año(s).
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control.
Número de Control: 4. Tipo de Programa: Control Prenatal.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: paciente con 36.3 semanas de gestacion refiere sentirse mas tranquila en ocasiones piensa en que va a pasar cuando nazca su bebe frente al tema laboral, porque siente aversion a volver al trabajo..
Enfermedad Actual: Embarazo confirmado.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

paciente con 36.3 semanas de gestacion refiere sentirse mas tranquila en ocasiones piensa en que va a pasar cuando nazca su bebe frente al tema laboral, porque siente aversion a volver al trabajo. Ha comtemplado la posibilidad del traslado a su lugar de origen, se le indica identificar otra alternativa por si no le sale lo del traslado, practicar ejercicios de relajacion indicados. Control en 30 dias.

Embarazo confirmado

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Tiempo Evolución: 36 Semana(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Impresión diagnóstica, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 36 semanas.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: se le indica identificar otra alternativa por si no le sale lo del traslado, practicar ejercicios de relajacion indicados. Control en 30 dias.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS

(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
    - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
    - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 5.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

11/09/2023 09:12:05. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Francisco Javier Hernandez Ortega. Reg. Médico. 1026586793. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 94190032. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: "Me siento en crisis".
Enfermedad Actual: Paciente de 37 años de edad con antecedente de fibromialgia, y trastorno mixto de ansiedad y depresión, paciente refiere cuadro se desencadenó tras mala relación con superiores, debido a sobrecarga laboral según refiere paciente, paciente manifiesta múltiples crisis de ansiedad, con llanto fácil, temblor fino, disnea, ultima desencadenada tras reintegro laboral, paciente manifiesta llega a acuerdo de horario laboral, sin embargo paciente manifiesta persistir con sensación de pánico tras ir a sitio de trabajo.

Recibe tratamiento farmacológico psiquiátrico: Paroxetina

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Historia de tratamientos previos: fluoxetina, escitalopram, clonazepam
Antecedente de lesiones autoingflinflidas : no
Antecedente de Insu:
Hospitalizaciones psiquiátricas: no
Consumo de SPA: no
Antecedente de maltrato y/o violencia sexual:
Identidad de género: mujer
Orientación sexual: heterosexual
Ocupación: asesora de créditos
Discapacidad: ninguna
Religión: católica
Etinia: ninguna
Procedencia: Pasto.
Estado de Salud: Bueno.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

SALUD MENTAL - KALMA.
Fecha de ingreso al programa: 22/02/2022.

Tamizaje médico general
1. ¿La persona tiene o ha tenido un problema psicosocial que amerite intervención, en los últimos 3 meses?: No.
2. ¿La persona tiene o ha tenido problemas de adicción al Alcohol o Drogas, en los ultimos 12 meses?
: No.
3. ¿La persona tiene o ha tenido problemas emociones, cognitivos o comportamentales que ameriten intervención, en los últimos 3 meses?: No.
4. ¿La persona presenta o ha presentado síntomas significativos de ansiedad, todos los días o casi todos los días, en el ultimo mes?: No.
5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maniforme, en los últimos 3 meses?
: No.
6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o perdidas de interés o satisfacción por sus actividades regulares, durante la mayor parte del día, durante casi todos los días, en un periodo de dos semanas continuas, y esto representa un cambio con respecto al funcionamiento previo?
Comentario: (Síntomas como insomnio, problemas de la alimentación, con la sexualidad, otros problemas)

: Si.

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Frecuencia Cardíaca: 76 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 96 %
Temperatura: 36 ºC
Peso: 62 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 23.05 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.7 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: Buena presentación personal, apariencia concuerda con su edad cronológica, alerta, sin alteraciones del contenido de la consciencia, orientado en persona, tiempo y lugar, lenguaje con tono de voz bajo, y curso taquilálico. Pensamiento con ideas sobrevaloradas, con ideas de muerte y plan suicida estructurado , afecto de base hipotímico, sin alteración senso perceptivas, inteligencia promedio a edad y situación sociocultural, juicio y raciocinio conservaos, introspección y prospección presentes normales, conducta motora movimientos repetitivos conlas manos, conducta de sueño insomnio de inicio y de mantenimiento, conducta alimentaria normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente de 37 años de edad con antecedente de fibromialgia, y trastorno mixto de ansiedad y depresión, paciente refiere cuadro se desencadenó tras mala relación con superiores, debido a sobrecarga laboral según refiere paciente, paciente manifiesta múltiples crisis de ansiedad, con llanto fácil, temblor fino, disnea, ultima desencadenada tras reintegro laboral, paciente manifiesta llega a acuerdo de horario laboral, sin embargo paciente manifiesta persistir con sensación de pánico tras ir a sitio de trabajo, paciente al momento en manejo con psiquiatría con paroxetina buena ahderencia a tratamiento instaurado sin embargo paciente durante consulta paciente presenta llanto fácil y disnea, por el hecho de mencionar volver a actividades laborales, motivo por el cual se indica incapacidad médica por 5 días, se dan recomendaciones frente a cuidado emocional y manejo de estrés, además se dan pautas para afianzamiento de su proyecto de vida y desarrollo de capacidades se explica de enfermedad actual y tratamiento a seguir así como la adherencia al mismo, signos y alarmas inherentes a patología actual, en caso de presentar signos de alarma se indica asistencia al servicio de urgencias, paciente entiende su condición actual y acepta el manejo medico instaurado, se educa sobre efecto terapéutico deseado y posibles efectos adversos de tratamiento se dan recomendaciones generales

Diagnóstico Principal: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno de ansiedad , no especificado (F419), Impresión diagnóstica.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Difenhidramina clorhidrato Cap 50mg: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - CERTIFICADO MÉDICO
Se expide el siguiente certificado médico: Control por programa de salud mental en 30 días.

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA
Se expide incapacidad Enfermedad general durante 5 día(s) desde 11/09/2023 hasta 15/09/2023. (F419 Trastorno de ansiedad , no especificado).

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Ejercicio físico. 15 a 30 minutos cada día, o baila, corre o monta en bicicleta. Oblígate a hacerlo (pídele a un amigo que te acompañe si lo necesitas para estar motivado). Aparte del ejercicio aeróbico, algunas posturas de yoga te pueden ayudar a aliviar los sentimientos depresivos. Los ejercicios de respiración y la meditación, que también pueden ayudar.
Cuídate alimentándote bien. La depresión puede afectar al apetito. Tener muy presente la necesidad de alimentarte bien. La nutrición puede influir en el estado de ánimo y el nivel de energía de una persona. O sea que come abundante fruta y verdura y sigue un horario de comidas regular (aunque no tengas hambre, intenta comer algo ligero, como una pieza de fruta, para seguir adelante).
Identifica los problemas, pero no les des vueltas. Intenta identificar las circunstancias que han contribuido a tu depresión. Cuando sepas qué es lo que te ha hecho sentirte triste y por qué, habla sobre ello. Una vez hayas aireado esos pensamientos y sentimientos, centra la atención en algo positivo. Actúa para solucionar tus problemas. Pide ayuda si la necesitas.
Exprésate. Cuando una persona está deprimida, puede tener bloqueadas la creatividad y la capacidad para disfrutar de las cosas. Ejercita tu imaginación (pintando, dibujando, haciendo garabatos, cosiendo, escribiendo, bailando, componiendo música, etc.) y no sólo conseguirás que fluyan tus jugos creativos sino que es posible que también experimentes emociones positivas.

DIAS DE INCAPACIDAD: 5 día(s)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

07/09/2023 12:45:49. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Edgar Fabian Jossa Delgado. Reg. Médico. 1085299091. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 94037063. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: paciente de .
Enfermedad Actual: ..

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso: 61 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 22.68 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.68 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
paciente con lumbago , ciatica, dorsalgia cervicalgia, se deriva a fisiatria por evolucion torpida a manejo medico y fisioterpia, se explica de enfermedad actual y tratamiento a seguir asi como la adherencia al mismo, signos y alarmas inherentes a patologia actual, en caso de presentar signos de alarma se indica asistencia al servicio de urgencias, paciente entiende su condicion actual y acepta el manejo medico instaurado y recomendaciones dadas, se explica sobre la importancia del lavado de manos del personal de salud y de los usuarios para la prevencion de enfermedades, se orienta en la importancia del distanciamiento social, se brinda atención con todos los elementos de protección personal según ley.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Dorsalgia, no especificada (M549), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Lumbago con ciatica (M544), Impresión diagnóstica.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Diclofenaco sodico 75mg/3mL Sol Iny: Inyectar (vía intramuscular) 1 ampolla cada 24 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1
2. Melatonina 2mg Tableta De Liberacion Prolongada: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
Recomendaciones: tomar 2 horas antes de acostarse .
3. Dexametasona fosfato 8mg/2mL Sol Iny Amp x 2mL: Inyectar (vía intramuscular) 8 mg cada 24 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 8, Número de entregas: 1
4. Tizanidina + acetaminofen 2mg+350mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 21, Número de entregas: 1

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Intervenciones:
Se educa en derechos sexuales y reproductivos, se orienta en métodos de planificación familiar, uso de preservativo como protección para prevención de ITS/VIH, importancia de autoexamen de mama
Recomendaciones generales:
Mantener control de peso, control de perímetro abdominal por mayor RCV, procurar controles con un familiar. Estilos de vida saludables, cuidados con salud oral y visual, valoración odontológica y desparasitación cada 6 meses
Signos de alarma:
Dolor de cabeza intenso, mareo, visión borrosa, salida de sangre por la nariz, edema en miembros inferiores, si se presentan acudir por urgencias a Clínica Hispanoamérica
Actividad Física:
Realizar caminatas o cualquier tipo de ejercicio cardiovascular mínimo 30 minutos 4 veces por semana
Nutricionales:
Alimentación baja en grasa, harinas (2 porciones en el día), sal y azúcar, evitar el consumo de café, gaseosas, alcohol y tabaco. Aumentar el consumo de frutas y verduras 5 veces al día y agua

Recomendaciones covid-19:
¿ Medidas de distanciamiento social. ¿ Lavado de manos frecuente con agua y jabón. ¿ Uso permanente de tapabocas o mascarilla quirúrgica, si se moja o se mancha con secreciones esta deberá ser cambiada por una nueva, en caso contrario se debe cambiar diariamente. ¿ Para quitarse la mascarilla evite tocar su parte frontal, debe hacerlo de las bandas laterales y desechar en la bolsa de residuos, inmediatamente debe lavarse las manos. ¿ No compartir los elementos de uso personal ¿ Limpiar todos los días las superficies de contacto frecuente ¿ Monitorear sus signos y síntomas. ¿ Evitar las visitas. ¿ Mantener buena circulación de aire (aire acondicionado o ventana abierta). ¿ Botar las mascarillas y los guantes desechables después de usarlos en una bolsa y posteriormente lavado de manos.
si presenta fiebre acompañado de tos, fatiga, dificultad respiratoria, dolor de garganta, respiración más rápida de lo normal, si el pecho le suena o le duele al respirar, somnolencia o Ataques o convulsiones, deterioro del estado general en forma rápida asitir al servicio de urgencias.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

28/08/2023 13:36:32. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Lisbeth Rengifo Rengifo. Reg. Médico. 1233192130. Psicologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 93422116. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: CONTROL:" ALTERACIONES ANIMICAS Y ANSIOSAS". .
Enfermedad Actual: INFORMACION SUMINISTRADA POR LA PACIENTE:" LOS SINTOMAS SE HAN INCREMENTADO ACUALMENTE, NO VEO MEJORIA Y ME INCREMENTARON LOS MEDICAMENTOS".

ANTECEDENTES
PERSONALES: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD. UNION LIBRE CON DOS HIJOS
FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES DE ALTERACIONES MENTALES NI DE DISCAPACIDAD EN FAMILIA.
CONSUMO DE SPA: NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, NIEGA ANTECEDENTES EN LA FAMILIAR
PERFIL SOCIAL
CONVIVENCIA: ACTUALMENTE CONVIVE CON SU PAREJA Y SUS DOS HIJAS
PERSONALIDAD: RASGOS DE INTROVERSION
OCUPACIÓN: ASESORA COMERCIAL EN BANCO.
HISTORIA FAMILIAR:
EN CUANTO A SU HISTORIA FAMILIAR ES LA MENOR DE DOS HERAMNSO, CON QUIEN REFIERE BUENOS VINCULOS AFECTIVOS, PADRES COMUNICACION CONSTANTES, RED DE APOYO ESTABLE
PACIENTE QUE NIEGA TENER SINTOMATOLOGÍA DE COVID-19. PACIENTE HETEROSEXUAL QUE NIEGA SER VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO, NIEGA SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, NIEGA DISCAPACIDAD...

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
EXAMEN MENTAL: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON UNA PRESENTACIÓN PERSONAL ADECUADA, ACORDE A SU EDAD Y CONTEXTO SOCIAL, EN UN ESTADO DE ALERTA, ESTABLECE CONTACTO VISUAL, COLABORADORA, EUPROSEXICA, ORIENTADA EN TIEMPO, EN PERSONA Y LUGAR, MANEJA UNA MOTRICIDAD AUTÓNOMA, CON UN PENSAMIENTO DE CURSO NORMAL, ES COHERENTE EN SU DISCURSO, MANEJA UN RITMO DE LENGUAJE NORMAL, AFECTO MODULADO, DE FONDO TRISTE, ANSIOSA, EXPRESIONES ADECUADAS DEL AFECTO, SIN DIFICULTAD EN SUS PROCESOS MENTALES SUPERIORES, COMPORTAMIENTOS PROPOSITIVOS EN HABILIDADES SOCIALES.

CONCEPTO DIAGNOSTICO: PACIENTE ACUDE ACONTROL POR PSICOLOGÍA, MANIFIESTA INCREMENTO DE DOSIS DE MEDICAMENTOS, NO HAY MEJORIA SOBRE LOS SINTOMAS DE CONSULTA INICIAL, MANIFEISTA DIFICULTAD CONTINUA CON SU TRABAJO, SINTOMAS DE ANSIEDAD BASADOS EN ALTERACIONES ANÍMICAS, ACOMPAÑADO DE DIFICULTAD EN LA CONCILIACIÓN DEL SUEÑO, IRRITABILIDAD, BAJO CONTROL DE IMPULSOS, PÉRDIDA DE INTERÉS EN ACTIVIDADES QUE SOLÍA REALIZAR, DIFICULTAD PARA REGULAR EMOCIONES, SE DENOTA RUMIACIÓN ANSIOSA, CONDUCTAS DE EVITACIÓN, AISLAMIENTO, DISMINUCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DESMOTIVACIÓN PERMANENTE, TAQUICARDIA, OPRESIÓN EN EL PECHO, CANSANCIO, SENSACIÓN DE ABANDONO, DESESPERACIÓN, ANGUSTIA, DISNEA, PALPITACIONES, SUDORACIÓN EXCESIVA, FATIGA, DOLORES DE CABEZA, DEBIDO A CONDICION LABORAL DISFUNCIONAL. SEÑALA REDES DE APOYO ESTABLES. AL MOMENTO NIEGA IDEACIONES SUICIDAS, NIEGA CONDUCTAS AUTOLESIVAS. PACIENTE REFIERE ESCASA REDUCCION DE SINTOMAS CON MEDICAMENTO, SE ORIENTA EN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, MANEJO EN TOMA DE DECISIONES , PSICOEDUCACION EN PROCESO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE ORDEN PSIQUIATRICO.

SE PROGRAMA CONTROL EN 30 DÍAS.

Diagnóstico Principal: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado nuevo, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

12/08/2023 09:43:36. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Edgar Fabian Jossa Delgado. Reg. Médico. 1085299091. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 92647130. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: " orine rojo, por colon y la fibromialgia. ".
Enfermedad Actual: paciente de 37 años de edad refiere cuadro clinico de 8 dias de orina colurica, dolor en hipogastrio, niega otros sintomas urinarios, asocia ademas antecedente de Sindrome de intestino irritable en el momento con distencion abdominal, diarrea y constipacion, niega otros sintomas en el momento, asocia ademas ac de fibromialgia en manejo con tizafen con pobre respuesta, en el momento con mialgias generalizadas, ademas en manejo con psiquiatria por trastorno mixto de ansiedad y deperesion..

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(12/08/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(12/08/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(12/08/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(12/08/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(12/08/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 77 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 ºC
Peso: 61 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 22.68 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.68 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
paceinte con dx anotados se da manejo medico, se explica de enfermedad actual y tratamiento a seguir asi como la adherencia al mismo, signos y alarmas inherentes a patologia actual, en caso de presentar signos de alarma se indica asistencia al servicio de urgencias, paciente entiende su condicion actual y acepta el manejo medico instaurado y recomendaciones dadas, se explica sobre la importancia del lavado de manos del personal de salud y de los usuarios para la prevencion de enfermedades, se orienta en la importancia del distanciamiento social, se brinda atención con todos los elementos de protección personal según ley.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Fibromialgia (M797), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado (N390), Impresión diagnóstica.
Diagnóstico Asociado 2: Sindrome del colon irritable sin diarrea (K589), Impresión diagnóstica.
Diagnóstico Asociado 3: Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios] (G470), Impresión diagnóstica.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Melatonina 2mg Tableta De Liberacion Prolongada: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
Recomendaciones: tomar 2 horas antes de acostarse .
2. Alverina+Simeticona (Dimetilpolisiloxano) (60+300)mg Cap Bland: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1 Recomendaciones: Duración tratamiento máximo: 90 días..
3. Cefalexina 500mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 Tableta o Cápsula cada 6 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 28, Número de entregas: 1
4. Vitamina C (Ascorbico acido) 500mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 Tableta o Cápsula cada 24 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 7, Número de entregas: 1

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Pregabalina 75mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 Tableta o Cápsula cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 12/08/2023- 10/11/2023,

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Intervenciones:
Se educa en derechos sexuales y reproductivos, se orienta en métodos de planificación familiar, uso de preservativo como protección para prevención de ITS/VIH, importancia de autoexamen de mama
Recomendaciones generales:
Mantener control de peso, control de perímetro abdominal por mayor RCV, procurar controles con un familiar. Estilos de vida saludables, cuidados con salud oral y visual, valoración odontológica y desparasitación cada 6 meses
Signos de alarma:
Dolor de cabeza intenso, mareo, visión borrosa, salida de sangre por la nariz, edema en miembros inferiores, si se presentan acudir por urgencias a Clínica Hispanoamérica
Actividad Física:
Realizar caminatas o cualquier tipo de ejercicio cardiovascular mínimo 30 minutos 4 veces por semana
Nutricionales:
Alimentación baja en grasa, harinas (2 porciones en el día), sal y azúcar, evitar el consumo de café, gaseosas, alcohol y tabaco. Aumentar el consumo de frutas y verduras 5 veces al día y agua

Recomendaciones covid-19:
¿ Medidas de distanciamiento social. ¿ Lavado de manos frecuente con agua y jabón. ¿ Uso permanente de tapabocas o mascarilla quirúrgica, si se moja o se mancha con secreciones esta deberá ser cambiada por una nueva, en caso contrario se debe cambiar diariamente. ¿ Para quitarse la mascarilla evite tocar su parte frontal, debe hacerlo de las bandas laterales y desechar en la bolsa de residuos, inmediatamente debe lavarse las manos. ¿ No compartir los elementos de uso personal ¿ Limpiar todos los días las superficies de contacto frecuente ¿ Monitorear sus signos y síntomas. ¿ Evitar las visitas. ¿ Mantener buena circulación de aire (aire acondicionado o ventana abierta). ¿ Botar las mascarillas y los guantes desechables después de usarlos en una bolsa y posteriormente lavado de manos.
si presenta fiebre acompañado de tos, fatiga, dificultad respiratoria, dolor de garganta, respiración más rápida de lo normal, si el pecho le suena o le duele al respirar, somnolencia o Ataques o convulsiones, deterioro del estado general en forma rápida asitir al servicio de urgencias.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

12/07/2023 10:03:30. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Francisco Javier Hernandez Ortega. Reg. Médico. 1026586793. Medicina General.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 91026925. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: "Sufro de ansiedad y depresión".
Enfermedad Actual: Paciente de 37 años de edad con antecedente de fibromialgia, y trastorno mixto de ansiedad y depresión, paciente refiere cuadro se desencadenó tras mala relación con superiores, debido a sobrecarga laboral según refiere paciente, paciente manifiesta múltiples crisis de ansiedad, con llanto fácil, temblor fino, disnea, ultima desencadenada tras reintegro laboral, al momento paciente en manejo con psiquiatría + escitalopram, clonazepam, y dofenhidramina, niega otra sintomatología asociada..
Estado de Salud: Bueno.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA
SALUD MENTAL - KALMA.
Fecha de ingreso al programa: 22/02/2022.

Tamizaje médico general
1. ¿La persona tiene o ha tenido un problema psicosocial que amerite intervención, en los últimos 3 meses?: No.
2. ¿La persona tiene o ha tenido problemas de adicción al Alcohol o Drogas, en los ultimos 12 meses?
: No.
3. ¿La persona tiene o ha tenido problemas emociones, cognitivos o comportamentales que ameriten intervención, en los últimos 3 meses?: No.
4. ¿La persona presenta o ha presentado síntomas significativos de ansiedad, todos los días o casi todos los días, en el ultimo mes?: No.
5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maniforme, en los últimos 3 meses?
: No.
6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o perdidas de interés o satisfacción por sus actividades regulares, durante la mayor parte del día, durante casi todos los días, en un periodo de dos semanas continuas, y esto representa un cambio con respecto al funcionamiento previo?
Comentario: (Síntomas como insomnio, problemas de la alimentación, con la sexualidad, otros problemas)

: Si.

DATOS GINECOLÓGICOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(12/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(12/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(12/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(12/07/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(12/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES
Frecuencia Cardíaca: 76 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 96 %
Temperatura: 36 ºC
Peso: 61 Kg
Talla: 1.64 m
Índice de Masa Corporal: 22.68 (kg/m2) -Normal
Superficie corporal: 1.68 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: AV Ojo derecho (20/20), AV Ojo izquierdo (20/20), Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente de 37 años de edad con antecedente de fibromialgia, y trastorno mixto de ansiedad y depresión, paciente refiere cuadro se desencadenó tras mala relación con superiores, debido a sobrecarga laboral según refiere paciente, paciente manifiesta múltiples crisis de ansiedad, con llanto fácil, temblor fino,

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

disnea, ultima desencadenada tras reintegro laboral, al momento paciente en manejo con psiquiatría + escitalopram, clonazepam, y difenhidramina, niega otra sintomatología asociada, se brinda asesoría para reforzamiento de fotalezas se brinda estrategias para afrontar situaciones relacionadas con el tema laboral se explica a paciente debe continuar con tratamiento farmacológico instaurado por psiquiatría. se explica de enfermedad actual y tratamiento a seguir así como la adherencia al mismo, signos y alarmas inherentes a patología actual, en caso de presentar signos de alarma se indica asistencia al servicio de urgencias, paciente entiende su condición actual y acepta el manejo medico instaurado y recomendaciones dadas.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno de ansiedad generalizada (F411), Impresión diagnóstica.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: 1. Ejercicio físico. 15 a 30 minutos cada día, o baila, corre o monta en bicicleta. Oblígate a hacerlo (pídele a un amigo que te acompañe si lo necesitas para estar motivado). Aparte del ejercicio aeróbico, algunas posturas de yoga te pueden ayudar a aliviar los sentimientos depresivos. Los ejercicios de respiración y la meditación, que también pueden ayudar.
2. Cuídate alimentándote bien. La depresión puede afectar al apetito. Tener muy presente la necesidad de alimentarte bien. La nutrición puede influir en el estado de ánimo y el nivel de energía de una persona. O sea que come abundante fruta y verdura y sigue un horario de comidas regular (aunque no tengas hambre, intenta comer algo ligero, como una pieza de fruta, para seguir adelante).
3. Identifica los problemas, pero no les des vueltas. Intenta identificar las circunstancias que han contribuido a tu estado. Cuando sepas qué es lo que te ha hecho sentirte triste y por qué, habla sobre ello. Una vez hayas aireado esos pensamientos y sentimientos, centra la atención en algo positivo. Actúa para solucionar tus problemas. Pide ayuda si la necesitas.
4. Exprésate. Cuando una persona está deprimida, puede tener bloqueadas la creatividad y la capacidad para disfrutar de las cosas. Ejercita tu imaginación (pintando, dibujando, haciendo garabatos, cosiendo, escribiendo, bailando, componiendo música, etc.) y no sólo conseguirás que fluyan tus jugos creativos sino que es posible que también experimentes emociones positivas.
5. En cuanto a asuntos relacionados con el tema laboral procura ir acompañada o recibir llamadas acompañada trata de no predisponerte, y si no se siente capaz de asumir la situación pide ayuda de tu acompañante

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 60 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

11/07/2023 16:51:05. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Lisbeth Rengifo Rengifo. Reg. Médico. 1233192130. Psicologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 90992665. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: PRIMERA VEZ:" ALTERACIONES ANIMICAS Y ANSIOSAS".
Enfermedad Actual: INFORMACION SUMINISTRADA POR LA PACIENTE:" LOS SINTOMAS SE HAN INCREMENTADO ACUALMENTE".

ANTECEDENTES
PERSONALES: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD. UNION LIBRE CON DOS HIJOS
FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES DE ALTERACIONES MENTALES NI DE DISCAPACIDAD EN FAMILIA.
CONSUMO DE SPA: NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, NIEGA ANTECEDENTES EN LA FAMILIAR
PERFIL SOCIAL
CONVIVENCIA: ACTUALMENTE CONVIVE CON SU PAREJA Y SUS DOS HIJAS
PERSONALIDAD: RASGOS DE INTROVERSION
OCUPACIÓN: ASESORA COMERCIAL EN BANCO.
HISTORIA FAMILIAR:
EN CUANTO A SU HISTORIA FAMILIAR ES LA MENOR DE DOS HERAMNSO, CON QUIEN REFIERE BUENOS VINCULOS AFECTIVOS, PADRES COMUNICACION CONSTANTES, RED DE APOYO ESTABLE
PACIENTE QUE NIEGA TENER SINTOMATOLOGÍA DE COVID-19. PACIENTE HETEROSEXUAL QUE NIEGA SER VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO, NIEGA SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, NIEGA DISCAPACIDAD..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
EXAMEN MENTAL: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON UNA PRESENTACIÓN PERSONAL ADECUADA, ACORDE A SU EDAD Y CONTEXTO SOCIAL, EN UN ESTADO DE ALERTA, ESTABLECE CONTACTO VISUAL, COLABORADORA, EUPROSEXICA, ORIENTADA EN TIEMPO, EN PERSONA Y LUGAR, MANEJA UNA MOTRICIDAD AUTÓNOMA, CON UN PENSAMIENTO DE CURSO NORMAL, ES COHERENTE EN SU DISCURSO, MANEJA UN RITMO DE LENGUAJE NORMAL, AFECTO MODULADO, DE FONDO TRISTE, ANSIOSA, EXPRESIONES ADECUADAS DEL AFECTO, SIN DIFICULTAD EN SUS PROCESOS MENTALES SUPERIORES, COMPORTAMIENTOS PROPOSITIVOS EN HABILIDADES SOCIALES.

CONCEPTO DIAGNOSTICO: PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR PSICOLOGÍA, REFIERE SEGUIMIENTO PREVIO, INCREMENTO DE SINTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS FRECUENTES, BASADOS EN ALTERACIONES ANÍMICAS, ACOMPAÑADO DE DIFICULTAD EN LA CONCILIACIÓN DEL SUEÑO, PÉRDIDA DE INTERÉS EN ACTIVIDADES QUE SOLÍA REALIZAR, DIFICULTAD PARA REGULAR EMOCIONES, SE DENOTA RUMIACIÓN ANSIOSA, CONDUCTAS DE EVITACIÓN, DISMINUCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DESMOTIVACIÓN PERMANENTE, TAQUICARDIA, OPRESIÓN EN EL PECHO, CANSANCIO, SENSACIÓN DE ABANDONO, DESESPERACIÓN, ANGUSTIA, DISNEA, PALPITACIONES, SUDORACIÓN EXCESIVA, FATIGA, DOLORES DE CABEZA, DEBIDO A CONDICION LABORAL DISFUNCIONAL. SEÑALA REDES DE APOYO ESTABLES. AL MOMENTO NIEGA IDEACIONES SUICIDAS, NIEGA CONDUCTAS AUTOLESIVAS. SE ORIENTA EN SU SINTOMATOLOGÍA, TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN, SE INDICA RETOMAR ACTIVIDADES GRATIFICANTES QUE PERMITAN LA ACTIVACIÓN DE SU CONDUCTA Y ACTIVIDAD FÍSICA, MANEJO DE EMOCIONES. PRESENTA ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICO POR PSIQUIATRÍA, MEDICADA, ESCASA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS CON MEDICAMENTO, BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO: TERAPIA EN CRISIS, TÉCNICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL, TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN, MANEJO EN TOMA DE DECISIONES, TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

SE PROGRAMA CONTROL EN 30 DÍAS.

Diagnóstico Principal: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/06/2021) Trastorno de ansiedad generalizada (F411); Sospecha ATEP: No.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/08/2020) Hiperlipidemia mixta (E782); Sospecha ATEP: No.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(21/01/2019) Otras sinusitis cronicas (J328); Sospecha ATEP: No.
(21/01/2019) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) Migraña, no especificada (G439); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) Diabetes mellitus que se origina en el embarazo (O244), 10/2021; Lo presentó durante la gestación actual.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(07/09/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

PLANIFICACIÓN

(07/09/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 6 - mese(s)

CITOLOGÍA

(07/09/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 25/08/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: SE DA ORDEN DE MAYO DE 2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(07/09/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 29, Fecha del último parto: 15/02/2022

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(28/05/2021) No Refiere.
(05/03/2021) No Refiere.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(10/07/2020) No Refiere.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(13/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(01/10/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(19/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/08/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/08/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(15/05/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/04/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/03/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(08/02/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/02/2022) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Abuelo (a).
(22/02/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(26/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(14/01/2022) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/12/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(30/05/2023) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(07/09/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/08/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(12/07/2023) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(11/05/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(02/03/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(21/02/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(26/01/2022) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azucar, pocas harinas.
(29/11/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(13/10/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(20/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(19/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(05/08/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(24/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(28/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(11/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(14/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(01/08/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(24/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(20/02/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS
(10/08/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), TRES COMIDAS CON DOS REFRIGERIOS

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(07/09/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/08/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(12/07/2023) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(11/05/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

diarios a tolerancia por la lumbalgia
(02/03/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(21/02/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(26/01/2022) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos), Natacion 15 min diarios a tolerancia por la lumbalgia
(29/11/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(13/10/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), natacion
(20/08/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(24/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(28/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(11/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(14/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(01/08/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(24/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(20/02/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA
(10/08/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA AL MENOS TRES VECES POR SEMANA

- HÁBITOS SEXUALES

(07/09/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/08/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(12/07/2023) ¿¿Ya inicio su vida sexual?? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/05/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(02/03/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(21/02/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(26/01/2022) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(29/11/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(13/10/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(20/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(19/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(05/08/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(24/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(28/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(11/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(14/08/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(24/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(20/02/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS
(10/08/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 38 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONIA ALEJANDRA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Datos del Cuidador
Nombre del cuidador del paciente: OSCAR JAVIER YELA, Tipo de Documento del cuidador del paciente: Cédula de ciudadanía, Numero de Documento del cuidador del paciente: 12754291, Parentesco del cuidador del paciente: Conyuge, Dirección del cuidador del paciente: CONJUNTO LEGRANDS APTO 37, Escolaridad del cuidador del paciente: Profesional, Ocupación del cuidador del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados, Estado Civil del cuidador del paciente: Unión libre

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Madre;Padre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
Estudios del paciente: Profesional, Ocupación del paciente: Auxiliares administrativos y afines, El paciente cuenta con un trabajo estable: Si, Durante la infancia el paciente vivió con?: Hermano(a);Padre;Madre, El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: Si, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: OSCAR JAVIER YELA - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Entorno Socio Familiar
Condición del padre del paciente: Vivo, Condición de la madre del paciente: Vivo, Número de hermanos del paciente: 2, Lugar del paciente: 2, El paciente ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses: Si, El paciente tiene hijos?: Si, Tipo de familia del paciente: Familia Nuclear, Número de integrantes de la familia del paciente: 3, Personas a cargo del paciente: 1

Composición Familiar
1. - Nombre del integrante de la familia del paciente: OSCAR JAVIER YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 37 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Conyuge - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Otros vendedores comerciantes no clasificados
2. - Nombre del integrante de la familia del paciente: ANTONELLA YELA - Edad del integrante de la familia del paciente: 5 - Parentesco del integrante de la familia del paciente: Hijo (a) - Ocupación del integrante de la familia del paciente: Estudiante

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Apartamento, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno
El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Otra Condición, A cuál otra condición ha estado expuesto el paciente?: estres laboral, Por parte de quien ha estado expuesto el paciente?: Otro(s), Qué otra persona?: jefe

Red de Apoyo general
El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Pareja, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo
1. - Nombre miembro red de apoyo: oscar javier yela - Miembro red de apoyo: Pareja - Teléfono miembro red de apoyo: 3178791470

Índice de Barthel
El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfinter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfinter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio
Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Arrendada, Estrato de la vivienda del paciente: 2

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

(10/07/2020,16:13:26)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: No.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxóstica nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid
(12/08/2023,09:43:36)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,
(12/08/2023,09:43:36)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Antecedentes Vacunales Covid
(12/07/2023,10:03:30)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(12/07/2023,10:03:30)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
   - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
   - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(11/05/2022,12:02:19)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(11/05/2022,12:02:19)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(02/03/2022,09:54:40)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
  - Dosis (Vacuna covid): 2.
  - Fecha última dosis: 14/09/2021.
  - Nombre de la vacuna: Pfizer.
  - Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
  - Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(02/03/2022,09:54:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
  - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
  - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(22/02/2022,18:53:09)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 2.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(22/02/2022,18:53:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedentes Vacunales Covid
(21/02/2022,07:42:48)

1. Vacuna Covid - 19: Si.
- Dosis (Vacuna covid): 5.
- Fecha última dosis: 14/09/2021.
- Nombre de la vacuna: Pfizer.
- Ciudad o municipio de vacunación: POPAYAN.
- Nombre de la IPS vacunadora: SANITAS
(21/02/2022,07:42:48)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2022,10:55:13)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
   - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
   - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
   - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
   - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(14/01/2022,10:16:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(20/12/2021,11:12:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(13/10/2021,06:40:56)

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
5. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
6. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
7. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
8. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
9. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

Antecedente Riesgo General
(01/10/2021,08:47:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General
(05/08/2021,12:10:00)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Antecedente Riesgo General
(24/06/2021,09:06:02)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(28/05/2021,12:11:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/04/2021,14:36:22)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 190.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2021,18:37:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/08/2020,17:17:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(14/08/2020,19:45:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. Colesterol Total (mg/dl): 210.0.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
43. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

44. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
45. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
46. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
47. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
48. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
49. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
50. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(01/08/2020,11:51:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/07/2020,10:28:05)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
  - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
  - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/07/2020,16:13:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(10/08/2018,09:35:17)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: Si.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: Si.
15. Usted ha lactado alguna vez?: Si.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o trigliceridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/01/2022 08:04:48. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN
Datos del profesional de la salud: Erika Tatiana Ruiz Melo. Reg. Médico. 1151952810. Nutricion Humana.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Contrarreferencia.
Admisión No. 64023132. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 35 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:
Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Adulto, Control Prenatal.

ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA
Anamnesis nutricional: D: HUEVO COCINADO CON AROMATICA PAN INTEGRAL PAPAYA
ALM:PERNIL CON PAPA Y ENSALADA DE LECHUGA
CENA : SANDWICH CON PAN INTEGRAL ATUN

Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: CONTRO PRENATAL .
Enfermedad Actual: EMBARAZO .

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS
Peso actual: 71 kg.
Talla: 1,63 m.
Indíce de masa corporal: 26,72(kg/m2) - -Sobrepeso
Peso pre-gestacional: 71 kg.
IMC pre-gestacional: 26

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
PACIENTE CON 32 SEMANAS DE GESTACION- SE REALIZA TELECONSULTA NO PRESENCIAL, NO SE REALIZA EXAMEN FISICO POR CONTINGENCIA , SE TOMAN DATOS ANTROPOMETRICOS DE HISTORIA CLINICA ANTERIOR
PESO LIMITE:77 KG PESO ACTUAL : 71 KG
IMC GESTACIONAL : NORMAL

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930

Consulta no presencial

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

DIABETES GESTACIONAL DE MAL MANEJO , SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE CONSUMIR VERDURAS EN TODAS LAS PREPARACIONES , MANTENER HORARIO FIJO , PORCIONES ADECUADAS , FRUTAS EN PORCION NO JUGO , NO ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS , REALIZAR ACTIVIDAD FISICA .
ECOGRAFIA 23-10-21 PESO FETAL 509 GRAMOS LIQUIDO PLACENTA DOPPLER NORMAL
ECOGRAFIA 09-12 -21 PESO FETAL 1373 GRAMOS
CITA CON ENDOCRINOLOGIA - 26 DE ENERO
SE CONTINUA CON ALIMENTACION SALUDABLE SE DEJA CONTROL EN UN MES
DERECHO ENERO 2022: ELEGIR LIBREMENTE LA IPS Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD, DENTRO DE LA RED DISPONIBLE EPS SANITAS
DEBER ENERO 2022: PRESENTAR IDENTIFICACION VERAZ Y NO OCULTAR INFORMACION IMPORTANTE PARA SU ATENCION.

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Tiempo Evolución: 32 Semana(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación Nutricional: Normal, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 32 semanas.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutricion Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE GESTANTE QUIEN REQUIERE CONTROL EN 1 MES EN EL MES DE FEBRERO DE 2022.. Observaciones: EMBARAZO .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES
Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: ELIMINAR
SANDIA, FRUTAS DULCES CONSUMIR SIEMPRE Y CUANDO NO ESTEN MADURAS Y DOS O TRES VECES POR SEMANA EN PORCION , NO JUGOS (PIÑA , MANGO , UVAS, PAPAYA , BANANO , MANDARINA, NARANJA) , ZANAHORIA COCIDA, ZAPALLO, REMOLACHA, PURE DE PAPA, TOSTADAS, SANCOCHO , AJIACO, MIEL, AZUCAR, PANELA, PRODUCTOS DE PANADERIA BUÑUELOS PAN DE BONO PAN HOJALDRAS MASAS, PRODUCTOS INDUSTRIALIZADOS GASEOSAS JUGOS HIT PONY MALTA, MILO , CHOCOLISTO , CHOCLATE D EMESA, ARANDANOS UVAS PASAS, TE, MECATOS, CHOCOLATES, PAN, CIGARRILLO, BEBIDAS ALCOHOLICAS. COMIDA CHATARRA Y FRITA

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES
ESTABLECER TIEMPOS DE COMIDA ¿ HORARIO FIJO
AUMENTAR CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS 4-5 VECES AL DIA
FRUTAS PORCION NO JUGOS
CAFE UNA VEZ AL DIA -CHOCOLATE CRUZ 1 VEZ POR SEMANA
TORTILLAS - HARINA DE TRIGO ¿ AVENA EN HOJUELAS , ZANAHORIA RALLADA ¿ O CUALQUIER VERDURA , POLLO DESMECHADO , BANANO , HUEVO
PANQUES ¿ HARINA DE AVENA , HUEVO , VERDURA RAYADA , ESCENCIA DE VAINILLA , LECHE SE LICUA Y SE COCINA EN UN SARTEN ¿ ACEITE DE OLIVA
MEDIA MAÑANA Y MEDIA TARDE PORCION DE FRUTA NO MADURA + FRUTOS SECOS (MANI, PISTACHO, MACADAMIA, ALMENDRAS, NUEZ 30 G + BEBIDA LACTEA YOGURT KUMIS LECHE - 100 CC
HELADO ¿ YOGURT GRIEGO + MERMELADA CASERA ¿ COBERTURA DE CHOCOLATE AMARGO + ACEITE DE COCO ¿ FRUTOS SECOS -
DESAYUNO HUEVO QUESO POLLO (TOMATE CEBOLLA, ESPINACAS, ACELGA , BROCOLI , CHAMPIÑONES) + AREPA DE MAIZ(SE PUEDE RAYAR UNA VERDURA ZANAHORIA , ESPINACAS , BROCOLI) ENCIMA AGUACATE + PORCION DE FRUTA + BEBIDA
ALMUERZO PORCION DE FRUTA NO SOPAS O CREMAS DE VERDURAS 2-3 VECES POR SEMANA
¿ ENSALADA AGUACATE O ACEITE DE OLIVA
¿ POLLO PESCADO VISERAS CARNE ROJAS 2 VECES POR SEMANA LEGUMINOSAS (JUGO DE MORA FRESAS MANGO NARANJA PIÑA GUAYABA) COCIDA AL VAPOR O A LA PLANCHA
¿ PAPA YUCA PLATANO ARROZ O PASTAS + VERDURA ESCOGER SOLO UNA
CENA PROTEINA + VERDURA + AREPA
AVENA EN HOJUELAS COCIDA + FRUTA
QUESO CUAJADA
LECHE
CONSUMO DE AGUA 6-8 VASOS AL DIA

Firmado Electrónicamente

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930

Consulta no presencial

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo
ESCOLARIDAD: Profesional

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

Firmado Electrónicamente

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

REVALORACION MEDICA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 4 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Identificación:** 1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 4 Meses / 7 Días **Estado Civil:** UnionLibre
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES **Teléfono:** 3103805827
Procedencia: PASTO **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS **Régimen:** Contributivo
Plan Beneficios: PGP - EPS SANITAS SAS **Nivel - Estrato:** CONTRIBUTIVO NIVEL II
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Cama:

Diagnóstico:
M791 MIALGIA

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS: **Fecha Solicitud:** 26/08/23 01:08

Servicio:	890301 - 39141	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	**Cantidad:** 1	**Estado:**	Rutinario

Observaciones:

Total Ítems: 1

Profesional NATALIA SOFIA PANCHO VILLAREAL **Tarjeta Profesional** 1085332804
Especialidad MEDICINA GENERAL

Fecha Actual : sábado, 26 agosto 2023

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INDICACION MEDICA

REVALORACION MEDICA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 4 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO		**Identificacion:**	1085897930	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:**	37 Años / 4 Meses / 7 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre	
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES		**Teléfono:**	3103805827	
Procedencia:	PASTO		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	PGP - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL II
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida

Detalle:

PLAN
EGRESO
DICLOFENACO EN GEL APLICARCADA 12 HORAS
NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 HORAS
METOCARBAMOL 750 MG VOCADA 8 HORAS
SE DA ORDEN DE CITA DE CONTROL CON MEDICINA GENERAL
SE DA INCAPACIDAD MEDICA
SE DAN REOCMENDACIONE S Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO D EURGENCIAS

3. SE DA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

-EVITAR CONSUMO DE CAFEÍNA
- EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL
- NO TRASNOCHAR RECOMENDACIONES GENERALES:
- TOMAR MEDICACIÓN DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS
- ASISTIR A CITAS DE CONTROL
-NO CONSUMIR LÁCTEOS, GRASAS
- CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA: BRÓCOLI, ESPINACA, ZANAHORIA, MANZANAS, MELOCOTÓN, MANDARINAS, PERAS
- CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA
- NO REALIZAR ESFUERZOS BRUSCOS

SIGNOS DE ALARMA:
SI PRESENTA A ALGUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA REGRESAR DE INMEDIATO:
-SANGRADO POR LA ORINA
-NO TOLERAR LA VÍA ORAL
-VÓMITO CON SANGRE O HECES CON SANGRE
-DOLOR QUE NO MEJORE A LA ANALGESIA.
-FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS CENTÍGRADOS QUE NO CEDA A LA ANALGESIA
- CEFALEA INTENSA QUE NO CEDA A LA ANALGESIA
- VÉRTIGO
- MAREO
- CONVULSIONES
- VISIÓN BORROSA
- DESORIENTACIÓN
- AGITACIÓN
- DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES MÁS SENSACIÓN DE HORMIGUEO DEBILIDAD
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE O AHOGO
- DOLOR A NIVEL DE TÓRAX
- SENTIR MÁS CANSANCIO DE LO HABITUAL
- SOMNOLENCIA
- VÓMITO ABUNDANTE
- SENSACIÓN DE AHOGO AL CAMINAR O AL REPOSO

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

EPICRISIS Y/O CONTRARREFERENCIA
Nº148702

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 26/agosto/2023 01:08 a. m. **Ingreso:** 414745 **Confirmado**
Médico: SOFIA PANCHO NATALIA SOFIA PANCHO VILLAREAL
Informacion Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: CédulaCiudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 37 Años / 4 Meses / 7 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
E.P.S: EPS005 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cama:

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Ingreso: Urgencias **Fecha Ingreso:** 25-08-23 20:26 **Fecha Hospitalización:**
Servicio de Egreso Ninguna **Fecha Egreso:** 26-08-23 01:08 **Estado Paciente:** VIVO
Motivo Consulta:
" SIENTO EL LADO IZQUIERDO ADORMECIDO"

Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE EN MANEJO CON ESCITALOPRAM, CLONAZEPAM, PAROXETINA QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN APARICION SUBITA DE PARESTESIAS DE HEMICUERPO IZQUERDO ASOCIADO A CEFALEA REFIERE CUADRO INICOA POSTERIOR A TENSION POR EVENTO LABORAL, AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,A FEBRIL, SINS IGNOS DE DIFICULTAD RESPRITAORIA, GLASGOW 15/15

Revisión del Sistema:
Respiratorio:NO REFIEREGastrointestinal:NO REFIEREPiel y Faneras:NO REFIEREPsicosocial:NO REFIEREOrganos de los Sentidos:NO REFIEREGenitourinario:NO REFIEREOsteomuscular:NO REFIERELinfático:NO REFIERECardiovascular:NO REFIERENeurológico:NO REFIEREEndocrino:NO REFIEREOtro:NO REFIERE

Indica Med/Conducta:
PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE EN MANEJO CON ESCITALOPRAM, CLONAZEPAM, PAROXETINA QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN APARICION SUBITA DE PARESTESIAS DE HEMICUERPO IZQUERDO ASOCIADO A CEFALEA REFIERE CUADRO INICOA POSTERIOR A TENSION POR EVENTO LABORAL, AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,A FEBRIL, SINS IGNOS DE DIFICULTAD RESPRITAORIA, GLASGOW 15/15 AL EXAMEN FISICO CON PARESTESIA DE HEMICUERPO IZQUIERDO, DOLOR Y CONTRACTURA MUSCULAR EN REGION CERVICAL,SE INDICA MANEJO ANALGESICO SINTMATICO, SE REVALORARA POSTERIOR A ADMINISTRACION, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA MEDICA A SGEUIR QUIEN REFIERE ENTENDE RY ACEPTAR PLAN CANALIZAR 1 VIA DICLOFENACO 75 MG IV 2 AMPOLLA EN 250 CC SSN 0.9% DEXAMETASONA 8 MG IV DOSIS UNICA SE REVALORARA POSTERIORMENTE CONTROL DE SIGNOS VITALES INFORMAR CAMBIOS

Estado Ingreso:

Antecedentes:
Tipo:Médicos Fecha: 03/01/2023 02:53 p. m.Detalle: ANSIEDAD Y DEPRESION. Tipo:Quirúrgicos Fecha: 10/01/2023 01:00 p. m.Detalle: NIEGATipo:Alérgicos Fecha: 10/01/2023 01:00 p. m.Detalle: NIEGATipo:Farmacológicos Fecha: 10/01/2023 01:00 p. m.Detalle: ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORASTipo:Farmacológicos Fecha: 25/08/2023 09:39 p. m.Detalle: ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES Tipo:Médicos Fecha: 25/08/2023 09:39 p. m.Detalle: FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLETipo:Alérgicos Fecha: 25/08/2023 09:39 p. m.Detalle: NIEGA

Resultado Procedimientos:

Condiciones Salida:
PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE MODULANDO OLRO SIN SINGOS DE SIRS CLINICO AFEBRIL TOLERANDO VIA ORAL SIN SINGOS DE SIRS CLINICO , NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA NI EQUIVALENTES ANGINOSOS ------

Indicación y Recomendaciones del Paciente:
PLAN EGRESO DICLOFENACO EN GEL APLICARCADA 12 HORAS NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 HORAS METOCARBAMOL 750 MG VOCADA 8 HORAS SE DA ORDEN DE CITA DE CONTROL CON MEDICINA GENERAL SE DA INCAPACIDAD MEDICA SE DAN REOCMENDACIONE S Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO D EURGENCIAS 3. SE DA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA -EVITAR CONSUMO DE CAFEÍNA- EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL- NO TRASNOCHAR RECOMENDACIONES GENERALES:- TOMAR MEDICACIÓN DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS- ASISTIR A CITAS DE CONTROL-NO CONSUMIR LÁCTEOS, GRASAS- CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA: BRÓCOLI, ESPINACA, ZANAHORIA, MANZANAS, MELOCOTÓN,MANDARINAS, PERAS- CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA- NO REALIZAR ESFUERZOS BRUSCOSSIGNOS DE ALARMA:SI PRESENTA A ALGUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA REGRESAR DE INMEDIATO:-SANGRADO POR LA ORINA-NO TOLERAR LA VÍA ORAL-VÓMITO CON SANGRE O HECES CON SANGRE-DOLOR QUE NO MEJORE A LA ANALGESIA.-FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS CENTÍGRADOS QUE NO CEDA A LA ANALGESIA- CEFALEA INTENSA QUE NO CEDA A LA ANALGESIA- VÉRTIGO- MAREO- CONVULSIONES- VISIÓN BORROSA- DESORIENTACIÓN- AGITACIÓN- DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES MÁS SENSACIÓN DE HORMIGUEO DEBILIDAD- DIFICULTAD PARA RESPIRAR- SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE O AHOGO- DOLOR A NIVEL DE TÓRAX- SENTIR MÁS CANSANCIO DE LO HABITUAL- SOMNOLENCIA- VÓMITO ABUNDANTE- SENSACIÓN DE AHOGO AL CAMINAR O AL REPOSO

Examen Físico:
- FC:75- Diastólica:70,0000- TAM:87- Signos Vitales: TA122,0000CABEZA: NORMOCEFALO, NO MASAS , NO HUNDIMINETOS, NO DEFORMIDADES. OJOS: PUPILAS FOTOREACTIVAS, FONDO DE OJO DENTRO DE LO NORMAL ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. BOCA: MUCOSAS HUMEDAS, AMIGDALAS ESUTROFICAS SIN EXUDADOS OTOSCOPIA: SIN DEFICIT. MEMBRANA TIMPANICA INDEMNE CUELLO MOVIL SIN MASAS PULSOS CAROTIDEOS CONSERVADOS NO INGURGITACION YUGULAR TORAX : NORMOEXPANSIVO, NO TIRAJES. NO DEFORMIDADES NI ALTERACIONES EN LA CONTINUIDAD CORAZON: RITMICO, NO SOPLOS, NO GALOPE NO FREMITO PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , BIEN VENTILADOS, NO RONCUS, NO ESTERTORES, NO SIBILANCIAS, NO SOBREAGREGADOS.ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE, PERCUSION SIN ALTERACIONES, NO DOLOROSO , NO VICEROMEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO BLUMBERG, NO MC BURNEY, NO MURPHY NO PSOAS NO OBTURADOR PERISTALTISMO POSITIVO. PUNTOS URETERALES NEGATIVOS PIEL : TURGENTE, AFEBRIL AL TACTO SIN LESIONES LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS NO DESCAMACIONES GENITAL: NORMOCONFIGURADOS, PUÃ'O PERCUSION LUMBAR NEGATIVA BILATERAL PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIVOS EXTREMIDADES : SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA PULSOS PERIFERICOS SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS, PARESTESIA DE HEMICUERPO IZQUIERDO, DOLOR Y CONTRACTURA MUSCULAR EN REGION CERVICASNC: ALERTA , CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA,GLASGOW 15/15 MENTAL: NO TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, LENGUAJE APROPIADO, NO IDEAS DELIRANTES NI PENSAMIENTO SUICIDA JUICIO Y RACIOCINIO ADECUADO MEMORIA A CORTO Y LARGOPLAZO CONSERVADA

Justificación:
PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE EN MANEJO CON ESCITALOPRAM, CLONAZEPAM, PAROXETINA QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN APARICION SUBITA DE PARESTESIAS DE HEMICUERPO IZQUERDO ASOCIADO A CEFALEA REFIERE CUADRO INICOA POSTERIOR A TENSION POR EVENTO LABORAL, AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,A FEBRIL, SINS IGNOS DE DIFICULTAD RESPRITAORIA, GLASGOW 15/15

Resultado Examen:

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº80481

INFORMACIÓN GENERAL **Fecha de Registro:** 26/08/2023

Médico: SOFIA PANCHO NATALIA SOFIA PANCHO VILLAREAL
Información Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 37 Años / 4 Meses / 7 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad: EPS005 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cama:

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 3 **Fecha Inicial:** 26/agosto/2023 **Fecha Final:** 28/agosto/2023
Tipo Incapacidad: Ninguna **Grado:** Ninguno **Procedimiento:** Ambulatorio
Motivo: Expedicion_Directa **Clase:** Inicial **Grupo de Servicios:** ConsultaExterna
Modalidad Prestación: Intramural **Presunto Origen:** Comun
Causa que motiva la atención: **Incapacidad Retroactiva:** Urgencias
Fecha Probable de Parto: **Edad Gestacional:** **Embarazo Múltiple:** False
Número de Nacidos Vivos: **Número certificado nacido vivo:**
Diagnóstico: M791 MIALGIA
SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS

Profesional NATALIA SOFIA PANCHO VILLAREAL **Tarjeta Profesional** 1085332804
Especialidad 385 - MEDICINA GENERAL
Identificación 1085332804

SOFIA PANCHO

Fecha Actual : sábado, 26 agosto 2023

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

EPICRISIS Y/O CONTRARREFERENCIA
Nº150240

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 08/septiembre/2023 02:53 p. m. **Ingreso:** 419338 **Confirmado**
Médico: JHONNATAN ZUÑIGA JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
Informacion Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: CédulaCiudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 37 Años / 4 Meses / 20 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
E.P.S: EPS005 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cama:

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Ingreso: Urgencias **Fecha Ingreso:** 08-09-23 11:31 **Fecha Hospitalización:**
Servicio de Egreso Ninguna **Fecha Egreso:** 08-09-23 14:53 **Estado Paciente:** VIVO

Motivo Consulta:
"ME DIO UNA CRISIS"

Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MANEJO CON PAROXETINA Y PREGABALINA, SEUIMIENTO POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA, REFIERE QUE TODOS LOS ISNTOMAS SE DESENCADEAN POR ESTRES LABORAL Y PROCUPACIONES PERSONALES, REFIERE QUE DEBE TRABAJAR EN POPAYAN COMO ASESORA, REFIERE QUE FUE MANEJADA EN HOSPITAL SAN RAFAEL EN DICIEMBRE Y EN MARZO HASTA MAYO EN HOSPITALIA ASISTE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CRISIS DE ANSIEDAD, LABILIDAD EMOCIONAL, LLANTO FACIL, PARESTESIA EN HEMICUERPO IZQUIERDO, INSOMNIO, CEFALEA. SE VALORA PACIENTE EN CONSULTORIO CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL STANDARD (MASCARILLA n95 , MONOGAFAS Y LAVADO DE MANOS EN LOS 5MOMENTOS SEGÚN OMS).

Revisión del Sistema:
Respiratorio:NO REFIEREGastrointestinal:NO REFIEREPiel y Faneras:NO REFIEREPsicosocial:NO REFIEREOrganos de los Sentidos:NO REFIEREGenitourinario:NO REFIEREOsteomuscular:NO REFIERELinfático:NO REFIERECardiovascular:NO REFIERENeurológico:NO REFIEREEndocrino:NO REFIEREOtro:NO REFIERE

Indica Med/Conducta:
PACIENTE CON HISTORIA ANOTADA, ASISTE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CRISIS DE ANSIEDAD, LABILIDAD EMOCIONAL, LLANTO FACIL, PARESTESIA EN HEMICUERPO IZQUIERDO, INSOMNIO, CEFALEA. SE BRINDA APOYO EMOCIONAL SE ESCUCHA AGRAVANTES Y SE EXPLICA QUE MANEJO EN URGENCIAS ES SINTOMATICO MANEJO Y SEGUIMIEJTO SE DEBE REALZIAR AMBULATOIRAMNETE, SE IDNCIA ADIISTRACION DE MEDICAICON Y REALORACION CLINCIA

Estado Ingreso:

Antecedentes:
Tipo:Médicos Fecha: 03/01/2023 02:53 p. m.Detalle: ANSIEDAD Y DEPRESION. Tipo:Quirúrgicos Fecha: 10/01/2023 01:00 p. m.Detalle: NIEGATipo:Alérgicos Fecha: 10/01/2023 01:00 p. m.Detalle: NIEGATipo:Farmacológicos Fecha: 10/01/2023 01:00 p. m.Detalle: ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORASTipo:Farmacológicos Fecha: 25/08/2023 09:39 p. m.Detalle: ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES Tipo:Médicos Fecha: 25/08/2023 09:39 p. m.Detalle: FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLETipo:Alérgicos Fecha: 25/08/2023 09:39 p. m.Detalle: NIEGA Tipo:Alérgicos Fecha: 08/09/2023 11:58 a. m.Detalle: NIEGA

Resultado Procedimientos:

Condiciones Salida:
ESTABÑL EHMEODINAMICAMENT AFGEBRIL EN BUE ASONCIDIOCNES GENERALS

Indicación y Recomendaciones del Paciente:
EGRESO MANEJO AMBUALTUIRO.

Examen Físico:
- FC:92- Diastólica:67,0000- TAM:88- Signos Vitales: TA130,0000CABEZA: NORMOCEFALO, NO MASAS , NO HUNDIMINETOS, NO DEFORMIDADES. OJOS: PUPILAS FOTOREACTIVAS, FONDO DE OJO DENTRO DE LO NORMAL ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. BOCA: MUCOSAS HUMEDAS, AMIGDALAS ESUTROFICAS SIN EXUDADOS OTOSCOPIA: SIN DEFICIT. MEMBRANA TIMPANICA INDEMNE CUELLO MOVIL SIN MASAS PULSOS CAROTIDEOS CONSERVADOS NO INGURGITACION YUGULAR TORAX : NORMOEXPANSIVO, NO TIRAJES. NO DEFORMIDADES NI ALTERACIONES EN LA CONTINUIDAD CORAZON: RITMICO, NO SOPLOS, NO GALOPE NO FREMITO PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO , BIEN VENTILADOS, NO RONCUS, NO ESTERTORES, NO SIBILANCIAS, NO SOBREAGREGADOS.ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE, PERCUSION SIN ALTERACIONES, NO DOLOROSO , NO VICEROMEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO BLUMBERG, NO MC BURNEY, NO MURPHY NO PSOAS NO OBTURADOR PERISTALTISMO POSITIVO. PUNTOS URETERALES NEGATIVOS PIEL : TURGENTE, AFEBRIL AL TACTO SIN LESIONES LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS NO DESCAMACIONES GENITAL: NORMOCONFIGURADOS, PUÃ'O PERCUSION LUMBAR NEGATIVA BILATERAL PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIVOS EXTREMIDADES : SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA PULSOS PERIFERICOS SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS, FUERZA 5/5 REFLEJOS CONSERVADOS LASSEGUE NEGATIVO, BRAGARD NEGATIVO SNC: ALERTA , CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA,GLASGOW 15/15 MENTAL: ANSIOSA, LABILIDAD EMOCIONA, LLANTO FACIL, LENGUAJE APROPIADO, NO IDEAS DELIRANTES NI PENSAMIENTO SUICIDA JUICIO Y RACIOCINIO ADECUADO MEMORIA A CORTO Y LARGOPLAZO CONSERVADA, ENFATICA EN REFERIR QUE PROBEMA ESTA RELACIONADO CON PUESTO DE TRABAJO

Justificación:

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

EPICRISIS Y/O CONTRARREFERENCIA
Nº150240

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 08/septiembre/2023 02:53 p. m. **Ingreso:** 419338 **Confirmado**
Médico: JHONNATAN ZUÑIGA JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
Informacion Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: CédulaCiudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 37 Años / 4 Meses / 20 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
E.P.S: EPS005 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cama:

PACIENTE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA, ANSIEDAD DEPRESION CON DX DE

1. ANSIEDAD
2. DOLOR HEMICARNEO IZQUIERDO RESULTO

S/ MODULANDO DOLOR AFEBRIL.NO IDEAS DE AUTOAGRESION

O/

NORMOCEFAL@
MUCOSA ORAL HDIRATADA
TORAX SIEMTRICO NORMOEXAPSIBLE
CORAZON RITMICO SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICUALR OCNSERVADO
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITAICON PERITONEAL.
EXTREMDAIDES SIEMTRIACS SIN EDEMA LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS PULSOS DISTALES PRESENTES
COLUMNA SIN DOLOR
Gu. SE OMITE
SNC INTEGRO GLASGOW 15/15.
EXAMEN MENTAL: EUPROSEXICO, NO IDEAS AUTOLITICAS NI HETEROAGRESIVAS, NO ALTERACION DE PENSACIONE NI JUICIO.

ANALISIS

PACIENTE EN EL MOEMNTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CRISI DE ANSIEDAD EXACERBADA SECUDNARIO A PROBLEMA DE BASE EN SU PARTE LABORAL (REFIERE), PACIENTE YA MANEJADA CON PAROXITINA, EN EL MOMENTO SIN CRISIS NO IDEAS DE AUTOAGRESION, SE DA EGRESO PARA QUE SIGA MANEJO YA ESTABLECIDO, SE EXPLCIAN SIGNS DE ALARMA A PACIENTE PARA RECONSULTAR POR URGENCAIS

Resultado Examen:

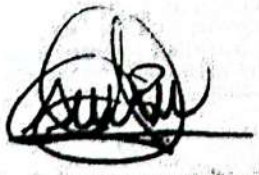
Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICO EGRESO

CÓDIGO	NOMBRE	HC
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	☑

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
B05008	CLORURO DE SODIO 100 ML 0.9 % BOLSA	☑
DMIIA-088	EQUIPO MACROGOTEO PARA ADMINISTRACION DE SOLUCIONES	☑
DMIIA-103	JERINGA 10 ML 21 G X 1 1/2	☑
DMIII-015	CATETER INTRAVENOSO 18G X1 1/4"	☑
H02013	DEXAMETASONA 8 MG /2 ML FOSFATO SOLUCION INYECTABLE	☑
M01007	IBUPROFENO 400 MG TABLETA	☑
N02011	DIPIRONA SODICA 1 G /2 ML SOLUCION INYECTABLE	☑
N06012	FLUOXETINA 20 MG TABLETA CUBIERTA	☑



Profesional JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA **Tarjeta Profesional** 1085310145
Especialidad 385 - MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

FORMULA MEDICA
REVALORACION MEDICA
FECHA SOLICITUD: 8/09/2023 2:53:21 p. m.

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 7 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 4 Meses / 20 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	PGP - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	419338	**Fecha Ingreso:**	8/09/2023 11:31:53 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General
		Cama:	

Diagnóstico:
F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

MEDICAMENTOS	DE CONTROL	Cant Diaria	No Días (Horas)	Cant Total
Medicamento: M01007 IBUPROFENO 400 MG TABLETA				
Concentracion: 400 MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral				
Observaciones: 1 TAB CADA 8 HORAS		3	5	15

Profesional JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA **Tarjeta Profesional** *1085310145*
Especialidad 385 - MEDICINA GENERAL

JHONNATAN ZUÑIGA

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

San Juan de Pasto, 18 de septiembre de 2023

SEÑORES:

BANCAMIA

E. S. D.

_____

REF: DERECHO DE PETICIÓN

BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.294.986 expedida en Pasto (N), portador de tarjeta profesional de abogado No. 285.615 del C.S de la J. togado del derecho debidamente inscrito en la plataforma nacional de abogados a través de la dirección de correo electrónico bryanjati7@gmail.com, quien actúa en la presente oportunidad en nombre y representación de la señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO**, persona mayor de edad, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No.1.085.897.930 expedido en Pasto, por medio del presente escrito me permito impetrar ante usted derecho de petición, amparado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia. Fundamento mi solicitud en consideración a los siguientes presupuestos:

FÁCTICOS

PRIMERO: Mi mandante la señora ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO, trabajo para la entidad BANCAMIA, por el termino de nueve años y 10 meses, en el cargo de ejecutivo de desarrollo productivo.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

SEGUNDO: Mi mandante inicio trabajando en la oficina de la ciudad de Ipiales, donde ejerció el cargo ejecutivo durante seis años, en el cual sobresalió en el cumplimiento de las metas asignadas.

TERCERO: En el mes de octubre de 2020, mi mandante solicitó traslado a la ciudad de Popayán, el motivo que fundamento su requerimiento responde al restablecimiento de salud de su hija quien presenta un cuadro de sinusitis crónica recomendándose por el médico tratante (Pediatra) cambio de clima para mejorar su estado de salud.

CUARTO: En efecto en el mes de diciembre de 2020, le solicitan a mi mandante presentarse en la oficina de Popayán Norte, en la cual le entregan una cartera de la señora SILVIA CAUCA.

QUINTO: A partir de la fecha se realizaron reuniones diarias donde se pudieron evidenciar el maltrato psicológico por medio de gritos y malos tratos por parte del gerente.

SEXTO: Las labores que desempeñaba mi mandante requerían de mucho tiempo, entre recorridos y actividades propias del cargo, no obstante, mi mandante manifiesta que su labor se encontraba interrumpida ya que por parte de la coordinación se requería constantemente a la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO para la ejecución de créditos y cartera, no permitiendo culminar con

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

el recorrido programado en el día aspecto que generaba mayores demoras en la labor encomendada.

SEPTIMO: Cabe aclarar que mi mandante se dirigió con respeto ante el gerente y el coordinador con el fin de que se le permitiera realizar todo el recorrido tanto de colocación como de cobranza para así poder aprovechar mucho más el tiempo en las mañanas y en horas de la tarde ingresar lo recolectado, teniendo en cuenta que el recorrido de Popayán a Silvia Cauca es de aproximadamente una hora, no contando con suerte dicha petición fue negada.

OCTAVO: Después de pandemia ante la renuncia de un compañero de trabajo el cual tenía la zona centro de Popayán, mi mandante le solicito al gerente que le permitiera tomar la cartera del centro a la cual obtuvo una respuesta positiva, no contando con suerte hubo muchas afectaciones y los resultados no fueron los mejores debido al impacto de la pandemia Covid-19, generando discordia, gritos y malos tratos hacia mi mandante.

NOVENO: En atención a lo acontecido el señor **LUIS FELIPE RAMOS,** GERENTE DEL BANCO BANCAMIA SEDE DE POPAYÁN NORTE, en el mes de febrero de 2021 expreso comentarios despectivos, irrespetuosos e inherentes acompañados con gritos utilizando frases como "usted no sirve", "usted nunca va hacer como sus compañeros", "usted no puede", "no sé qué voy hacer con usted", "usted es lo peor". Así mismo mi mandante recibió maltrato verbal por parte del señor **ROBINSON CRUZ** (gerente

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

zonal) cuando dice "para que trasladar a una persona que no sirve y nunca cumple con su trabajo".

DECIMO: En el mes de marzo continuo el maltrato por parte del señor LUIS FELIPE RAMOS hacia mi mandante, dirigiéndose directamente hacia ella y gritándole "Cristina usted no sirve para hacer su trabajo, ya no sé qué hacer con usted, usted nunca podrá igualarse a sus compañeros, usted es lo peor".

ONCE: De manera reiterada se observaba una obstrucción al cumplimiento de las labores ya que a la hora de aprobar los créditos producto de la gestión comercial mi mandante era objeto de burlas, comentarios y críticas, lo cual provocaba que algunos créditos no fueran aprobados sin razón justificables, cabe aclarar que dichos créditos estaban avalados por la política de aprobación de créditos.

DOCE: Para el mes de mayo de 2021, el señor CARLOS EIDER BASANTE, coordinador de la oficina también realizaba comentarios mal intencionados hacia mi mandante con palabras tales como "Sabe Cristina, ya se lo que pasa, la zona no es la mala, la mala es usted y siempre ha sido lo mismo al igual que en todas las zonas que usted ha manejado". El ciudadano en mención le solicitaba a mi mandante un informe diario y detallado, vía email, dirigido a la jefe de zona la señora ANGELA MARIA RIUZ, sobre todas las actividades realizadas en el día a día y anexando soportes de las mismas, en donde se relacionaba la hora de entrada, actividades rutinarias propias del cargo tales

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

como gestión telefónica de cobro, gestión comercial a clientes potenciales de crédito, señalando hora detallada de todas y cada una de las visitas presenciales a clientes que se realizaban en el día, también se debía anexar el nombre del cliente y teléfono del mismo, dicho informe era obligación enviarlo al final del día. El señor CARLOS BASANTE expresaba que dicho informe se elaboraba obligatoriamente, ya que el rendimiento de mi mandante era bajo, cabe aclarar que informe únicamente se le exigía a poderdante.

TRECE: Cabe resaltar que dentro de los compromisos que adquirió mi mandante con la empresa empleadora en varias ocasiones se presentaban un aproximado de 20 solicitudes en físico de crédito con clientes potenciales y 60 prospectos diarios obtenidas por su gestión comercial.

QUINCE: Para el mes de abril de 2021, mi mandante realizaba trabajo de campo con el señor CARLOS BASANTE, en medio de dicha actividad el señor CARLOS BASANTE invita a mi mandante a tomar un café, aprovechando la conversación el precitado ciudadano le manifiesta, "CRISTINA, yo quería comentarle que sus compañeros me comentan que a usted no la miran bien, parece que esta triste, confié en mi cuénteme que le ocurre, yo la entiendo y se lo que es estar en esa situación porque yo también pase por lo mismo". Mi mandante en medio de lágrimas le manifestó que estaba atravesando un cuadro de depresión y ansiedad y por tal razón no se sentía bien, el señor CARLOS BASANTE, en una reunión que tenían con el gerente manifestó de

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

manera directa "si algún ejecutivo ya no quiere trabajar informe para ayudarlos a salir con dinero".

DIECISÉIS: Posteriormente ya en periodo de incapacidad relacionado al estrés laboral y el constante acoso sufrido por parte de mi mandante, se comunica el señor CARLOS EIDER BASANTE expresando lo siguiente "Que habían hablado con el gerente zonal acerca de mi caso y me expresa que el gerente de zona expreso que de parte del banco no hay ninguna ayuda, y que, si quiero salir que renuncie, que más importante es la familia y mi salud y que el banco no tiene plata para andar regalando a nadie".

DIECIOCHO: Desde ese momento en muchas ocasiones el SEÑOR CARLOS BASANTE le reiteraba a mi mandante insistentemente que renuncie que primero está su salud y su familia. Ocasionando mucha presión, lo cual generaba mayor inestabilidad emocional.

DIECINUEVE: De igual manera en el área de trabajo se notaba una interrupción y entorpecimiento a las labores diarias, ya que por directriz del señor Luis Felipe Ramos se solicitaba realizar una labor especifica propia del cargo y Carlos Basante de manera contradictoria solicitaba cambio de actividad, por tal razón era complejo satisfacer ambas pretensiones, provocando "Desorientación" y por ende Resultados Negativos.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

VEINTE: En el mes de mayo de año 2021 las dos personas anteriormente mencionadas citan a una reunión, la cual se llevó a cabo en la oficina del gerente y me expresan lo siguiente "usted no sirve" "los resultados obtenidos a criterio de ellos no estaban bien" y en dicha ocasión se les solicita acompañamiento a algunos casos específicos de clientes que estaban en mora y la respuesta por parte de ellos con tono sarcástico fue "que me pasa, que estaba muy equivocada si pensaba que ellos me iban a cobrar toda la mora" que eso no les corresponde a ellos.

VEINTIUNO: De igual manera escuchaba comentarios dentro de la oficina y puesto de trabajo, por parte del señor Carlos Bastante en donde se burlan de mi mandante, expresando lo siguiente "Que estresaba por todo que todo es mentira por no trabajar y que no tenía derecho a solicitar permisos, por ejemplo "día de la familia y el día del presidente" manifestando " en casa y se atreve a pedir esos beneficios que no merece."

VEINTIDOS: En el mes de junio de 2021 mi mandante quedo en estado de embarazo, motivo por el cual, por parte del área de Salud Ocupacional se recomendó que las actividades laborales las debía realizar desde casa fundamentando su recomendación en historia clínica y diagnóstico de trastorno de ansiedad, depresión y amenaza de aborto. Tiempo en el cual el estado de salud de mi mandante mejoro ya que en casa no sentía presión ni comentarios mal intencionados por parte del gerente y coordinador.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

VEINTITRÉS: En el mes de octubre de 2021 por recomendación del médico adscrito como colaborador de Bancamía, Enrique Meneses se solicita reintegro al banco con cambio de actividades, el mes en mención generó un desgaste emocional ya que por parte del gerente y del coordinador no recibía ninguna muestra de Respeto como por ejemplo el saludo, no cruzaban palabra causando generando actos de "Discriminación "y nuevamente comentarios por parte de sus compañeros de trabajo donde expresaban que el gerente realizo un comentario despectivo asía las mujeres " las mujeres después de dar a luz disminuyen su capacidad laboral, en pocas palabras no sirven como antes"

VEINTICUATRO: En el mes de noviembre de 2021 mi poderdante asiste a cita con psiquiatría en la modalidad de tele consulta con la Dra. Juanita Muñoz Nates (Psiquiatra adscrita a Sanitas eps) y le expresando su estado de salud mental, debido a afectaciones en el ambiente laboral, dicho profesional concede incapacidad por 20 días y se recomienda al banco, trabajo en casa.

VEINTICINCO: En el mes de febrero del 2022 nace su hija, pasada la licencia de maternidad se reintegra al banco en el mes de junio del 2022, para ese entonces el señor Carlos Eider Basante paso a ser Gerente de la oficina de Piendamo, recibiendo la cartera del nuevo coordinador de desarrollo productivo Harry Alexander Belalcázar, pero el acoso fue mucho más fuerte ya que

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

los jefes inmediatos querían resultados inmediatos, generando comentarios por parte del gerente Luis Felipe Ramos el cual expresa "Que si no fuera por la ayuda de Harry Belalcázar en temas de cobranza, mis resultados en este aspecto serian negativos adicionalmente alza la Voz fuertemente y afirma "Que me pasa? Ya no sabe ya que hacer conmigo".

VEINTISÉIS: Por parte del nuevo coordinador de desarrollo productivo continua el acoso y los malos tratos donde la presión que se producía bajo la premisa de mayor celeridad en atención a clientes, desconociendo las otras labores que se derivaban del cargo de mi mandante.

VEINTISIETE: En la cartera mi mandante se desempeñó por un periodo de 5 meses, en donde los resultados fueron positivos, Obteniendo como resultado "bonificación" provenientes del cumplimiento de las metas y un ascenso en el escalafón salarial (recategorización) Desvirtuando las manifestaciones de sus jefes directos.

VEINTIOCHO: El 05 de diciembre de 2022 mi mandante inicia el disfrute de sus de vacaciones las cuales estaban programadas hasta el 27 de diciembre, durante el tiempo se reciben constantes mensajes amenazadores e intimidantes vía WhatsApp porque los clientes no cancelaban las cuotas al día.

VEINTINUEVE: El 19 de diciembre por la presión que generaron los comentarios, se asiste por urgencias al Centro De Salud Mental

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

San Rafael De Pasto donde fue internada por su estado crítico emocional, ansiedad y depresión aumento de tal manera que lloraba todos los días y no podía dormir, toda la noche pensaba que tenía que regresar a trabajar y lo peor aún con la mentalidad de mi mandante "No servía para nada" bajando su autoestima y aislándome de mi familia.

TREINTA: La señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO** estuvo internada por el periodo de 9 días, posterior a este proceso se continua con tratamiento médico acompañado de citas con psiquiatría, psicología y salud mental.

TREINTA Y UNO: Desde la fecha antes mencionada se presentan varias recaídas, aspectos que motivaron al personal médico por incluirla en el programa de hospitalización día al cual ingreso el 15 de marzo hasta el 31 de mayo del año en curso.

TREINTA Y DOS: Para el mes de a marzo me comenzaron a dar muchos dolores en diferentes partes de su cuerpo tales como la cabeza cuello espalada baja columna rodillas brazos pecho impidiéndole realizar mis actividades cotidianas, por esta razón nuevamente se recae nuevamente en un estado de depresión y ansiedad desesperación por el dolor intenso diario. Remitiendo a la Señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO** a medicina interna donde se diagnostica fibromialgia.

TREINTA Y TRES: El día 08 de agosto en cita con médico general asiste nuevamente por múltiples dolores en el abdomen bajo

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

ocasionando orina con sangre, al igual se presenta una inflamación del estómago derivada de alteración de colon provocando fuertes diarreas en la semana al igual que estreñimiento, alterando mi estado mental y por esta razón aumentando los dolores del cuerpo a causa de la fibromialgia.

TREINTA Y CUATRO: La respuesta a todas estas afecciones por parte de los médicos tratantes concluyen que, son ocasionadas por la crisis generada por el acoso laboral y la presión generada en su lugar de trabajo ya que son afectaciones directas derivada de trastorno de ansiedad y depresión que padece.

PRETENSIONES:

En mérito de lo expuesto, solicito a su distinguida entidad:

PRIMERO: Se sirva manifestar cual ha sido el tratamiento llevado a cabo por parte de su entidad, para resolver el conflicto y cuáles han sido las garantías que se han brindado a la señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.**

SEGUNDO: De manera subsidiaria y bajo la eventualidad en que no se hubiese iniciado tratamiento de acoso laboral se sirva a iniciar proceso correspondiente y se informe de manera precisa y clara el motivo por el cual no se ha realizado tramite según lo preceptuado en la ley 1010 de 2006.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

TERCERA: Se sirva abstenerse de traslado a la señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO** al Municipio de Popayán en atención a los motivos expuestos.

CUARTO: Se sirva correr traslado de copia integra de historial laboral e historia clínica ocupacional de la señora ANNA CRISTINA QUIROS ROSERO, donde se constaten contratos, historia clínica, incapacidades, memorandos, y cualquier otro tipo de documento anexo a su historial laboral.

I. FUNDAMENTOS DE DERECHO

DEL DERECHO DE PETICIÓN EN INTERÉS GENERAL

Art. 5o.- Peticiones escritas y verbales. Toda persona podrá hacer peticiones respetuosas a las autoridades verbalmente o por escrito, a través de cualquier medio.

Las escritas deberán contener, por lo menos:

1o) La designación de la autoridad a la que se dirigen;

2o) Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante o apoderado, si es el caso, con indicación del documento de identidad y de la dirección;

3o) El objeto de la petición;

4o) Las razones en que se apoya;

5o) La relación de documentos que se acompañan; y

6o) La firma del peticionario, cuando fuere el caso.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Si quien presenta una petición verbal afirma no saber o no poder escribir y pide constancia de haberla presentado, el funcionario la expedirá en forma sucinta.

Las autoridades podrán exigir, en forma general, que ciertas peticiones se presenten por escrito. Para algunos de estos casos podrán elaborar formularios para que los diligencien los interesados, en todo lo que les sea aplicable, y añadan las informaciones o aclaraciones pertinentes.

Artículo 17, Del derecho a la información. El derecho de petición de que trata el artículo 45 (Art. 23) de la Constitución Política incluye también el de solicitar y obtener acceso a la información sobre la acción de las autoridades y, en particular, a que se expida copia de sus documentos, en los términos que contempla este capítulo.

RESPECTO AL ACOSO LABORAL

Conforme a las modalidades de acoso laboral establecidas en la Ley 1010 de 2006, manifiesto que se cumplen todos los requisitos señalados por la norma y considero que aplica para mi caso, las previstas en los numerales _ y _ del artículo 2 de la norma citada:

1. Maltrato laboral. Todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral.

2. Persecución laboral: toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia

del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.

3. Discriminación laboral: todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.

4. Entorpecimiento laboral: toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.

5. Inequidad laboral: Asignación de funciones a menosprecio del trabajador.

6. Desprotección laboral: Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador.

7. Vulneración derecho Desconexión Laboral: Entiéndase como el derecho que tienen todos los trabajadores y servidores públicos, a no tener contacto, por cualquier medio o herramienta, bien sea tecnológica o no, para cuestiones relacionadas con su ámbito o actividad laboral, en horarios por fuera de la jornada ordinaria o jornada máxima legal de trabajo, o convenida, ni en sus vacaciones o descansos. Por su parte el empleador se

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

abstendrá de formular órdenes u otros requerimientos al trabajador o funcionario público por fuera de la jornada laboral.

II. PRUEBAS:

1) Historia Clínica de la Peticionaria, donde se denota las patologías que mi mandante presenta a raíz de acoso laboral.
2) Certificado de Incapacidades emitido por SANITAS EPS.

3) **ANEXOS:**

1) Los relacionados en el acápite de pruebas
2) Poder.

IV. NOTIFICACIONES:

Serán de recibo en la carrera 24 No. 19-33 edificio Pasto Plaza oficina 221, tel 315-328-4884 correo bryanjati7@gmail.com – danielo312@hotmail.com

Nota: El presente documento es remitido con copia integra a la inspección de trabajo y de seguridad social Dirección Territorial Popayán.

No siendo otro el motivo de la presente, agradezco su atención.

De la entidad referida.

Atentamente,

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
C.C No. 1.085.294.986
T.P No. 285.615 C.S. de la J.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Bancamía

Bogotá D.C., 06 de octubre de 2023

Señor
BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
Carrera 24 No. 19 - 33
Edificio Pasto Plaza Oficina 221
bryanjati7@gmail.com
Pasto – Nariño

Ref.: Respuesta a petición fechada del 25 de septiembre de 2023

Respetado señor Jativa,

Acusamos recibo de la petición de la referencia en la actúa como apoderado de la trabajadora Anna Cristina Quiroz Rosero y, al respecto, nos permitimos brindar respuesta clara y de fondo a cada una de sus solicitudes en los siguientes términos:

En primera medida, consideramos oportuno aclararle que previo a la radicación de la petición objeto de esta respuesta, el Banco no había tenido conocimiento de la situación descrita sobre presuntas conductas constitutivas de acoso laboral, inclusive teniendo en cuenta la queja presentada ente el Comité de Convivencia, ante la naturaleza confidencial y reservada de la información que recibe este Comité, de acuerdo con lo consagrado en la Resolución 652 de 2012 *"Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones"*.

Sin perjuicio de lo anterior y atendiendo la solicitud por Usted elevada, entendemos que la queja radicada por la trabajadora Anna Cristina Quiroz Rosero fue recibida y asignada a los miembros del Comité de Convivencia Laboral para su estudio, encontrándose actualmente en trámite, razón por la que cualquier información que esté relacionada con tal queja deberá ser comunicada por o ante el referido Comité, en tanto, se reitera, el estudio, formulación de plan -si lo hay-, respuesta y archivo o seguimiento de la queja deben tratarse con estricta confidencialidad.

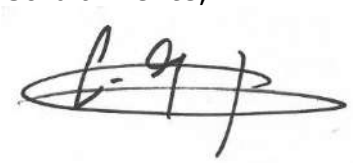
Ahora bien, frente a la solicitud expresa de que la Compañía *"Se sirva abstenerse de traslado a la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO al Municipio de Popayán en atención a los motivos expuestos"*, debemos indicarle que no encontramos sentido a la petición, referente a que no se traslade a la colaboradora a un municipio en el que se encuentra prestando sus servicios desde el 01 de diciembre de 2019 por su propia solicitud y voluntad, tal como Usted mismo lo plantea en el acápite de presupuestos fácticos del escrito radicado.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Finalmente, en lo concerniente con el traslado de copia íntegra del historial laboral e historia clínica ocupacional de su representada, nos permitimos remitirle la relación de las incapacidades que han sido radicadas en el último año por la colaboradora, siendo pertinente advertirle que no es posible para la Compañía entregarle la historia clínica ocupacional solicitada, en tanto se trata de un documento al que BANCAMÍA en su calidad de empleador no tiene acceso por mandato expreso del parágrafo del artículo 16 de la Resolución 2346 de 2007, por contener información confidencial a la que solo puede tener acceso su titular. Por tanto, y tratándose, de documentos e información sujeta a reserva legal, cada valoración médico ocupacional la historia clínica es entregada directamente al trabajador.

En los anteriores términos, damos respuesta formal y material a su derecho de petición.

Cordialmente,



CARLOS ERNESTO MARTÍNEZ LOZANO
Gerente de Relaciones Laborales
Bancamía S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Anna Cristina Quiroz Rosero

Recibidos

ANNA CRISTINA QUIR... 18 ago.
para COMITE, NICOLE

Buena tarde Adjunto envío carta comité de convivencia.

Quedo atenta a cualquier inquietud

carta comit...ncia-1.docx

COMITE DE CONVIVE... 19 ago.
para mí, NICOLE, Mauricio

Estimada Anna, buen día:

Confirmamos el recibido del caso, procederemos a realizar el análisis del mismo para atenderlo en la menor brevedad.

Cordial saludo

Bancamía

Comité de Convivencia Laboral

IPS KINESIS SAS PARQUE BOLIVAR

Calle 22 No. 9-86
7218522

Paciente: CC 1085897930 QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA **Id. Historia:** 255940

Admisión: 167418 **Fecha de Ncto:** 19/04/1986 **Edad:** 37 a 5 m 23 d **Estado Civil:** UNION LIBRE **Tel:** 3103805827

Dirección: LAS MERCEDES CALLE 20A N 3-12 **Ubicación del Pcte:** -

Ciudad: PASTO **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS **Sexo:** Femenino

APBs: EPS SANITAS SAS **Tipo Vincula:** Cotizante/Afiliado

Sucursal: EPS SANITAS SAS

Contrato: EPS SANITAS - CONTRIBUTIVO

Departamento Atención: NARIÑO

Municipio Atención: PASTO

Acompañante: No registra Acompañante **Responsable:** QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA

Parentesco: Otro **Parentesco:** Otro

Fijo: 0000000 **Celular:** 0000000 **Fijo:** 0000000 **Celular:** 0000000

CONTROL ACUATERAPIA

Fecha y Hora de atención: 12/10/2023 10:19

Profesional: ARCOS GUERRERO ANGIE MARCELA **Especialidad:** ACUATERAPIA **Tp Admisión:** AMBULATORIO

Hora Ingreso: 31/07/2023 1:37 p.m.

ESCALAS - ESCALA ANALOGA DEL DOLOR
NIVEL DE DOLOR : 10. Máximo Dolor

ESCALAS - CALIFICACION DE MEJORIA
ESCALA ANALOGA DE DOLOR POSTRATAMIENTO : 9.Dolor muy severo

EVOLUCION - EVOLUCION
Evolución : MOTIVO DE CONSULTA: " "SUFRO DE ANSIEDAD Y DEPRESION" DESCRIPCION: PACIENTE REFIERE DX DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE HACE 2 AÑOS, REFEIRE QUE MIENTRAS ESTUVO EN CASA DURANTE SU EMBARAZO ESTUVO TRANQUILA, REFIERE QUE FUE HOSPITALIZADA EN EL MES DE DIEMBRE EN HOSPITAL SIQUIATRICO, EN EL MES DE MARZO DE 2023 INGRESA A HOSPITALIZACION DIA, EN EL MES DE MARZO INICIA DOLOR GENERAL, CEFALEAS, SENSACION DE OPRESION, DOLOR DE REGION LUMBAR, DOLOR CERVICAL, DOLOR DE TIPO CONSTANTE, ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES: DEPRESION ANSIEDAD, FIBROMIALGIA, NIEGA INDAGDAS DESCRIPCION DE OCUPACION: EMPLEADA ASESORA COMERCIAL BANCARIA, ACTUALMENTE EN INCAPACIDAD. VALORACION FISIOTERAPEUTICA: PACEINTE DE SEXO FEMENINO DE 37 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA SOLA POR SUS PROPIOS MEDIOS DEAMBULACION INDEPENDIENTE, PERO INESTABLE, REALIZA MARCHA EN PUNTAS Y MARCHA EN TALONES CON DOLOR GENERAL DE MIEMBROS INFERIORES NO HAY LIMITACION DE AMAS, DOLOR A LA PALPACION DE MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBROS INFERIORES DOLOR EN REGION CRVICAL DORSAL, HOMBROS ELEVADOS CABEZA ADELANTADA, TENDENCIA A AUMENTO DE LA CIFOSIS DORSAL, TEST DE FLEXIBILIDAD 2, RETRACCIONES MUSCULARES GENERALES DESACONDICIONAMIENTO FISICO GENERAL NIVEL DE DOLOR: 10. Máximo Dolor AYUDAS DIAGNOSTICAS: NO IMAGENES COMPLEMENTARIAS PLAN ORDENADO POR EL MEDICO: REMITE DR MANUEL ESTEBAN MONTENEGRO TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS 20 SESIONES PACEINTE CON HISTORIA DE DOLOR MUSCULAR GENERALIZADO ASOCIADO A TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE BASE, CURSA CON FIBROMIALGIA, SE SOLICITA TERAPIA HIDRICA PARA CONTROL DEL DOLOR Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR FECHA DE ORDEN MEDICA 04/05/2023 DX EN AUTORIZACION M797 PLAN DE TRATAMIENTO TERAPEUTICO: ANALGESIA RELAJACION FLEXIBILIDAD REACONDICIONAMIENTO FISICO [Elaborado por: CARDENAS SALAZAR DIANA VANESSA] ----------
PACIENTE FINALIZA 20 DE 24 SESIONES DE TERAPIA HIDRICA, 4 SESIONES INASISTIDAS, PARA MANEJO DE FIBROMIALGIA, DURANTE LAS SESIONES SE REALIZA ADAPTACION AL MEDIO ACUATICO MEDIANTE DESPLAZAMIENTOS CON MARCHA ANTEROGRADA EN DIFERENTES NIVELES DE PROFUNDIDAD EN PISCINA CON MOVILIDAD ARTICULAR DE TREN SUPERIOR E INFERIOR, EJERCICIOS ACTIVOS CON ELEMENTOS DE FLOTACION PARA FORTALECER MUSCULATURA GLOBAL DE HOMBRO Y CINTURA ESCAPULAR EN PATRONES LINEALES Y CRUZADOS DE MOVIMIENTO CON RESISTENCIA ACUATICA, EJERCICIOS DE FLOTACION VENTRAL Y DORSAL FAVORECIENDO LA FUERZA PARAVERTEBRAL DORSAL, ESTABILIZADORES DINAMICOS ESCAPULARES Y DEPRESORES DE HOMBRO, EJERCICIOS FUNCIONALES DE HOMBRO EN MEDIO ACUATICO FAVORECIENDO CAPACIDADES FISICAS COMO COORDINACION, PROPIOCEPCION, FUERZA, FLEXIBILIDAD, ESTIRAMIENTO DINAMICO, EJERCICIOS AEROBICOS TIPO BICICLETA SUBACUATICA, TIJERAS, PATALEOS Y BRAZADAS EN INMERSIÒN, EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ACTIVA MULTIDIRECCIONAL DE TREN SUPERIOR COMO INFERIOR CON AYUDA DE ELEMENTOS DE FLOTE, EJERCICIO DE ESTABILIDAD Y DISOCIACION ESCAPULOHUMERAL Y LUMBOPELVICA EN FLOTACION CON AYUDAS ACUATICAS, FORTALECIMIENTO PARAVERTEBRAL SEGÚN TECNICA DE MCKENZIE ADAPTADO A MEDIO ACUATICO APLICANDO DIFERENTES RESISTENCIAS A TOLERANCIA FORTALECIMIENTO DE LA FAJA ABDOMINAL Y OBLICUA SEGÚN PROTOCOLO DE WILLIAMS Y KLAPP ADAPTADO AL MEDIO ACUATICO, FORTALECIMIENTO EN CADENAS MUSCULARES CON ENFASIS EN TREN SUPERIOR E INFERIOR SEGUN TECNICA DE FNP CON DIAGONALES DE KABAT, EJERCICIOS DE EQUILIBRIO CON APOYO BIPODAL Y MONOPODAL, EJERCICIOS DE FLOTACION DORSAL Y VENTRAL PARA RELAJACION MUSCULAR DE TRONCO DORSOLUMBAR, ESTIRAMIENTO MUSCULAR GENERAL, REEDUCACION DE HIGIENE POSTURAL, TOLERA SESIONES,A LA ULTIMA SESION ASISTIDA LA PACIENTE ES FUNCIONAL E INDEPENDIENTE, REFIERE DOLOR GENERALIZADO CALIFICADO EN 9/10 SEGÚN EAD, DOLOR PERMANENTE, SIN EMBARGO REALIZA SUS AVD Y SUS ABC SIN DIFICULTAD, AMA GLOBAL FUNCIONAL CONSERVADA, RETRACCIONES MUSCULARES LEVES DE CADENA ANTERIOR Y POSTERIOR, FUERZA MUSCULAR GENERALIZADA CALIFICADA EN 4/5 SEGUN ESCALA DE LOVETT, REALIZA MARCHA SIN ALTERACION, MEJORA ESTABILIDAD ESTATICA Y DINAMICA EN EL MEDIO HIDRICO, REFIERE RELAJACION EN EL MEDIO HIDRICO, SE DEJAN RECOMENDACIONES, PENDIENTE CONTROL CON MEDICO TRATANTE, GRACIAS.
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD DE PROCEDIMIENTO: TERAPEUTICO

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: M791 **Nombre:** MIALGIA

Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA **Categoria:** Diagnóstico Principal

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 04 de Noviembre de 2023 Hasta 04 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	19/04/1986 - 37 Año(s)
Género:	Femenino
RH	A+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Profesional
Ocupación:	Secretaria Ejecutiva
Estado civil:	Union Libre
Grupo de atención:	Otro
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	ADMISIONES@HCI.GOV.CO
Responsables del paciente:	Oscar Yela Esposo,
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	3103805827

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Nariño
Municipio:	Ipiales
Dirección:	Mz F Casa6 Barrio Lirios Norte
Telefono:	3103805827 - 3103805827

Administradora ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD,SANITAS SAS

Tipo de usuario Contributivo

Atención: 202311040089

Fecha y Hora de Ingreso: 04/11/2023 11:39:09

Identificación:	CC 1085897930	Edad en la atención:	37 Ano(s)
Administradora:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nombre:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Poliza:		Tipo de Usuario:	Contributivo
Servicio de ingreso:	Urgencias Consulta Y Procedimientos	Autorización:	232568440192

Datos del acompañante

Tipo: Familiar Nombre: Oscar Yela Esposo Dirección: Mz F Casa6 Barrio Li Telefono: 3103805827

Cierre Historia

Fecha y Hora: 04/11/2023 12:32:24

URGENCIAS

- **Triage**

Fecha y Hora: 04/11/2023 11:47:11 **Profesional:Lina Marcela Cadena Ibarra.(pu Enferm.)** **Identificación:** CC 1086107889

Motivo: REFIERE ESTA ANSIOSA Y TIENE DOLOR DE CABEZA/ antecedentes de trastorno mixto de ansiedad y depresión

Signos Vitales

Peso:63.90 Kg Talla:161 cm MC:24.65 Kg/m^2 FC:78 Min. FR:24 Min. Temp:37.00 °C PA:90/60 TM: 70 Saturación:95.00 %

Hallazgos Clinicos: Paciente en regular estado de salud, glasgow 15/15 puntos. niega s?ntomas respiratorios

Impresión Diag:

Clasificación: Triage III

Conducta: Urgencias. Área de atenciónCONSULTORIOS se explica sobre tiempo de espera para su atención quien entiende y acepta, se informa que en caso de deterioro de su estado de salud, se realizara nueva clasificación de triage.

TRIAGE

- **Escala de Dolor**
- **Valoración de la Intensidad de Dolor**

No.	Fecha	Hora	Valoración	Profesional	Observación
1	04/11/2023	11:47:24	30	LINA MARCELA CADENA IBARRA.	dolor de cabeza

- **Escala de Dolor**
- **Escala de Dolor**
- **Escala de Dolor**

URGENCIAS

- **Consultas**

Consulta N°. 0 SEDE: HCI

Fecha y Hora: 04/11/2023 11:52:13 **Profesional:Fabio Leandro Lopez Sarasty.(medicina .)** **Identificación:CC 87219571**

Tipo: (890201) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis

Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta: REFIERE ESTA ANSIOSA Y TIENE DOLOR DE CABEZA/ antecedentes de trastorno mixto de ansiedad y depresión

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 04 de Noviembre de 2023 Hasta 04 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMININA DE 37 AÑOS DE EDAD QUINEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 5 HORAS CONSISISNTENTE EN DOLOR GENERALZADO CEFALOCAUDALMENNTE CEBEZA CUELLO COLUMAN DCERVICODROSAL Y LUMABAR PACIENTE CON ANTENCNTES DE TRSTNSO DE ANSIEDAD Y DEPRSION MANEJADA CON PREGABALINA AEDMNAS REFIEER ANTENCEDENTES E FIBROMIALGIA MAENJADA SINEMABARGO A RAZI DE ESTRES PRONUNCIADO REFIERE CUADOR AGUDO DE DOLOR

Antecedentes

Planifica: Si Implante Subdermico
Familiares: Si HTA: MADRE Y ABUELA
Personales: Si GS: A RH POSITIVO
Patológicos: Si MIGRA??A FIBROMIALGIADEDE ABRIL TRASTORNO DE ANEIDAD Y DEPRESION
Obstétricos: Si G:2 P:2 FUP:19/12/22
Alérgicos: Si
Ginecológicos: Si CITOLOGIGA: 2016 NORMAL PF: IMPLANTE SUBDERMICO. FUM 15/04/18

Signos Vitales

Peso: 63.90 Kg | Talla: 161 Cm | Masa Corporal: 24.65 Kg/m^2 | Frecuencia Cardiaca: 78 Min
Frecuencia Respiratoria: 24 Min | Temperatura: 37.00 °C | Presión Arterial: 90/60 | Tension media: 70
Saturación: 95.00 %

Exámen Físico

Estado General:	BUEN ESTADO GENERAL	
Cabeza:	Normal	NORMOCEFALO SIN ALTERACIOENS
Cuello:	Normal	MOVIL DOLOROSO SIN ADENOAPTIAS
Torax:	Normal	NORMOEXPANSIBLE PULMONES LIMPIOS CORAZÃ?N RÃ□TMICO
Abdomen:	Normal	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO SIGNSO DE IRRITACION PERITONEAL ALMOMETNO
G/U:	Normal	
Extremidades:	Normal	MOVILES NO EDEMA DOLOR A LA LEVACION Y ABEIDCCION A LAREGION GLUTEO Y LUMABR MIEBR INEIORES A
Neurológico:	Normal	SIN SINGOE MENIGESO
Nariz:	Normal	FOSAS NASALES PERMEABLES
Oidos:	Normal	SIN ALTERACIOENS
Boca:	Normal	HDIIRADA
Ojos:	Normal	PUPILAS REACTIVAS A LUZ
Piel:	Normal	SIN LESIONES
Ano:	Normal	SIN ALTERACIONES
Osteomuscular:	Normal	NO PATOIGCO AL MOMENTO SIMETRFICAS FUERZA CONSERVADA
Revisión por Sistema:	NIEGA	
Sintomátiço Respiratorio:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Trastornos mentales-Neurologicos-Consumo SPA:	No	
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(70) Normal	

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis:

Diagnóstico		Tipo Diagnóstico
Principal	(M797) FIBROMIALGIA	Confirmado Nuevo
Rela 1	(R101) DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	Confirmado Nuevo

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino: AMBULATORIO
Recomendaciones: PACIENTE FEMINIA DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECENTES DE FIBOMIALGIAS Y TRANTOS DE ANSIEDA Y DEPRESION CON EDSCANDNETE DE IGSUTO REFERE OLOR GENRALISO CEALOCUADAL PACIENTE CON PSICON ANTALGICA Y DOLOR A A MOVILIZCION DE EXTRMIADES INFEIORORES SE INDICA AMENJO ANALGESICOS Y RELAJTEN MUSUCALR NOTA MEDICA DICLOFAENCO 75 MG IM BETAMETOSNA 4 MG IM TIAMINA 2.5 MG IM EGRESO PREDNISOLINA 1 TA CADA DIA TIAMINA 1 TAB CADA 12 HORA METOCARBAMOL 1 TAB CADA 8 HORAS INACPACIDA MEDICA DE 24 HORAS

• Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	HCI	04/11/2023	11:57:30	63.90	161	24.65	78	24	37.00	90/60		0	95.00	LINA MARCELA CADENA

• Prescripcion

Fecha y Hora: 04/11/2023 12:00:49 Profesional: Fabio Leandro Lopez Sarasty.(medicina .) Indentificación: CC 87219571

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
M01AD015701	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA Inyectable 75 MG	1.00 UNID	INTRAMUSCULAR	Cada AHORA	A Partir De 12:00:49	1 Dia(s)	1	1 AMP.
Nota: IM								
H02AB005701	**Medicamento Suspendido: 04/11/2023**	1.00 UNID	INTRAMUSCULAR	Cada AHORA	A Partir De 12:00:49	1 Dia(s)	1	1 AMP.

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 04 de Noviembre de 2023 Hasta 04 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

	BETAMETASONA 4 MG AMPOLLA Inyectable 4 MG							
Nota: IM 38332-01	TIAMINA B1 X 10 ML AMPOLLA Solucion inyectable 10 ML	1.00 UNID	INTRAMUSCULAR	Cada AHORA	A Partir De 12:00:49	1 Dia(s)	1	1 AMP.
Nota: 2 ML IM AHORA A20002174	JERINGA DE 10 ML X21G X 1 1/2	3.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 12:00:49	1 Dia(s)	1	3 UNI.
Nota: * M03BM015011	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA 750 MG Tableta 750 MG	1.00 UNID	ORAL	Cada 8 HORAS	A Partir De 12:00:49	3 Dia(s)	9	9 TAB.
Nota: 1 TABLEAT CAD 8 HORA 19906237	PREDNISONA 50MG TAB PREDNISONA 50MG TAB Tableta	1.00 UNID	ORAL	Cada 12 HORA	A Partir De 12:00:49	3 Dia(s)	6	6 TAB.
Nota: 1 TABLEAT CADA 12 HORA								

Observaciones:

- **Incapacidad**

Lugar: **Fecha: 04/11/2023** **Hora: 12:05:15** **Profesional: Fabio Leandro Lopez Sarasty. (medicina .)** **Identificación:CC87219571**

Dias: 1 **Fecha Inicia:** 04/11/2023 **Fecha Terminación:** 04/11/2023

Presunto origen de la incapacidad: Enfermedad General
Incapacidad Retroactiva: Urgencias o internacion del paciente
Grupo de Servicios: Consulta externa
Modalidad Prestación de Servicios: Intramural
Alcance: Prorroga
Nota: PACIENTE CON DOLOR AGUIDZADO POR DESSENCADENTE ANSIOSO SE INDICA INCAPACIDAD MEDICA DE UN DIA

- **Laboratorios y Diagnosticos**

Fecha y Hora: **04/11/2023 11:52:13** **Profesional:Fabio Leandro Lopez Sarasty. (medicina .)** **Identificación:CC 87219571**

Análisis de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas:
Tipo de Diagnostico: Confirmado Nuevo
Diag. Principal: (M797) FIBROMIALGIA
Diag. Relacionado1: (R101) DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
Diag. Relacionado2:
Diag. Relacionado3:
Diag. Relacionado4:

- **Notas Medicas**

Fecha y Hora: 04/11/2023 12:11:42 **Profesional:** **Fabio Leandro Lopez Sarasty.(medicina .)** **Identificación:CC 87219571**
Nota

NOTA ACLARATORIA E FORMULACION

SE SUSPENDE BETAEMTOSNA SE INDICAR SGUIR CON CORTIOCEIDE SOLO ORAL

- **Medicamentos**

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	04/11/2023	12:12:03	38332-01	TIAMINA B1 X 10 ML AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	1.00 UNID	GINNA FERNANDA BERNA

- **Medicamentos**

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	04/11/2023	12:12:38	M01AD015701	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	1.00 UNID	GINNA FERNANDA BERNA

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	04/11/2023	12:12:52	A20002174	JERINGA DE 10 ML X21G X 1 1/	2	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 04 de Noviembre de 2023 Hasta 04 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

- **Materiales**

BERNA

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
URGENCIAS								

- **Notas Enfermeria**

Fecha y Hora: 04/11/2023 12:13:02 **Profesional:** Ginna Fernanda Bernal Pistala.(auxiliar .) **Identificacion:** CC 1004580900
Nota

Se registra en físico consentimiento informado para la administración de medicamentos FHC_0131

Parametro no encontrado o sin Valor: FirmAdmiParametro no encontrado o sin Valor: FirmAdmi

Atendido Por:

FABIO LEANDRO LOPEZ SARASTY
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 87219571

Atendido Por:

JOHAN LIZANDRO MORA YEPEZ
ADMINISTRATIVO

Parametro no encontrado o sin Valor: FirmAdmi

Impreso Por:

JOHAN LIZANDRO MORA YEPEZ
ADMINISTRATIVO

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 07 de Noviembre de 2023 Hasta 07 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	19/04/1986 - 37 Año(s)
Género:	Femenino
RH	A+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Profesional
Ocupación:	Secretaria Ejecutiva
Estado civil:	Union Libre
Grupo de atención:	Otro
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	ADMISIONES@HCI.GOV.CO
Responsables del paciente:	Oscar Yela Esposo
Parentesco del responsable:	Esposo (a)
Teléfono del responsable:	3103805827

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Nariño
Municipio:	Ipiales
Dirección:	Mz F Casa6 Barrio Lirios Norte
Telefono:	3103805827 - 3103805827

Administradora	**Tipo de usuario**
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Contributivo

Atención: 202311070297

Fecha y Hora de Ingreso: 07/11/2023 16:13:20

Identificación:	CC 1085897930	Edad en la atención:	37 Ano(s)
Administradora:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nombre:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Poliza:		Tipo de Usuario:	Contributivo
Servicio de ingreso:	Urgencias Consulta Y Procedimientos	Autorización:	1085897930

Datos del acompañante

Tipo: Familiar Nombre: Oscar Yela Esposo Dirección: Mz F Casa6 Barrio Li Telefono: 3103805827

Cierre Historia

Fecha y Hora: 07/11/2023 19:08:00

URGENCIAS

- **Triage**

Fecha y Hora: 07/11/2023 16:32:08 **Profesional:Alba Yeny Ruano Benitez.(pu Enferm.)** **Identificación:** CC 1085910402

Motivo: FAMILIAR REFIERE PACIENTE ESTA ANSIOSA

Signos Vitales

Peso:65.00 Kg Talla:161 cm MC:25.08 Kg/m^2 FC:91 Min. FR:20 Min. Temp:36.60 °C PA:120/80 TM: 93 Saturación:95.00 %

Hallazgos Clinicos: Paciente en regular estado de salud, glasgow 15/15 puntos, niega s?ntomas respiratorios niega alergias, ansiedad depresion antecedentes.

Impresión Diag:

Clasificación: Triage III

Conducta: Urgencias. Área de atención CONSULTORIO$ se explica sobre tiempo de espera para su atención quien entiende y acepta, se informa que en caso de deterioro de su estado de salud, se realizara nueva clasificación de triage.

TRIAGE

- **Escala de Dolor**
- **Valoración de la Intensidad de Dolor**

No.	Fecha	Hora	Valoración	Profesional	Observación
1	07/11/2023	16:32:15	30	ALBA YENY RUANO BENITEZ.	

- **Escala de Dolor**
- **Escala de Dolor**
- **Escala de Dolor**

URGENCIAS

- **Consultas**

Consulta N°. 0 SEDE: HCI

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:36:36 **Profesional:Anggie Lizeth Gallego Hernande.(medicina)** **Identificación:CC 1144097981**

Tipo: {890701} CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis

Finalidad: No Aplica

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 07 de Noviembre de 2023 Hasta 07 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

Motivo de Consulta: TENGO DOLOR MUSCULAR

Enfermedad Actual: Paciente de 37 años de edad, con antecedentes anotados, refiere cuadro clinico de 4 dias de evolución consistente en mialgias, refiere sensación de parestesias en miembros superiores derechos, ademas refiere cefalea holocraneana mal caracterizada, refiere medicación con mioflex y prednisolona, ademas de tiamina, sin embargo refiere continuar con igual sintomatologia por lo cual consulta, refiere sintomatologia desencadena ansiedad

Antecedentes

Planifica:	Si Implante Subdermico
Familiares:	Si HTA: MADRE Y ABUELA
Personales:	Si GS: A RH POSITIVO
Patológicos:	Si TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION FIBROMIALGIA
Obstétricos:	Si G:2 P:2
Alérgicos:	Si NIEGA
Ginecológicos:	Si FUM: 05/11/2023 - PLANIFICACION DE PAREJA VASECTOMIA

Signos Vitales

Peso: 65.00 Kg	Talla: 161 Cm	Masa Corporal: 25.08 Kg/m^2	Frecuencia Cardiaca: 91 Min
Frecuencia Respiratoria: 20 Min	Temperatura: 36.60 °C	Presión Arterial: 120/80	Tension media: 93
Saturación: 95.00 %			

Exámen Físico

Estado General:	regulares condiciones gẽnerales, algica	
Cabeza:	Normal	Normocefala, no se evidencian lesiones en cuero cabelludo, ni áreas de alopecia, no se palpan deformidades
Cuello:	Normal	móvil simétrico, no masas, no adenopatías, no soplos
Torax:	Normal	Normoexpansible, sin signos de dificultad respiratoria, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, pulmones bien ventilados, no se auscultan ruidos sobreagregados
Abdomen:	Normal	Blando, no doloroso a la palpación superficial o profunda, no signos de irritación peritoneal, no se palpan masas, ni adenomegalias, puntos pieloureterales negativos, puño percusión negativa, peristaltismo presente.
G/U:	Normal	Normoconfigurado, diuresis espontanea
Extremidades:	Anormal	Eutróficas, móviles, no edemas, pulsos periféricos presentes, lasegue positivo izquierdo, arcos de movilidad conservados.
Neurológico:	Normal	Alerta, consciente, orientado auto y alopsiquicamente, sin aparente déficit motor ni sensitivo, pares craneales sin alteraciones; reflejos osteotendinosos ++/++, glasgow 15/15. No hay signos meníngeos.
Nariz:	Normal	Tabique nasal integro, fosas nasales permeables, sin lesiones.
Oidos:	Normal	Pabellón auricular normo implantado, conductos auditivos permeables, membrana timpánica integra bilateral, no signos de infección, no otorrea, no otorragia, no hay edema en región mastoidea.
Boca:	Normal	Mucosa oral húmeda, faringe rosada, úvula central, sin lesiones
Ojos:	Normal	Pupilas isocoricas normoreactivas, escleras anictericas, movimientos oculares conservados
Piel:	Normal	Eutermica, turgente, sin lesiones.
Ano:	Anormal	
Osteomuscular:	Normal	FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES
Revisión por Sistema:	Niega otra sintomatologia	
Sintomático Respiratorio:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Trastornos mentales-Neurologicos-Consumo SPA:	No	
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(50) Normal	

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis:

Diagnóstico		Tipo Diagnóstico
Principal	(M797) FIBROMIALGIA	Impresion Diagnostica
Rela 1	(M545) LUMBAGO	Impresion Diagnostica

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino: AMBULATORIO

Recomendaciones: Paciente de 37 años de edad con antecedentes anotados, con cuadro clinico descrito, en el momento en regulares condiciones generales, se da manejo sintomatico, y se da orden de valoracion ambulatorio por medicina familiar, se da recomendaciones y signos de alarma para re consultar, paciente refiere entender y aceptar.
RECOMENDACIONES Mejorar la salud. Dejar de fumar, y de consumir drogas y alcohol. Sobreponerse a los miedos e inseguridades. Manejar el estrés. Entender los eventos dolorosos pasados. Identificar cosas que empeoran la depresión. Mejorar las relaciones con familiares y amigos. Signos de alarma: Tristeza y decaimiento. Dificultad para tomar decisiones. Falta de concentración. Sensación de incapacidad para afrontar los problemas. Agotamiento y falta de energía. Nerviosismo, irritabilidad y agitación. Falta de apetito y pérdida de peso (aunque puede suceder lo contrario). Insomnio.

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 07 de Noviembre de 2023 Hasta 07 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	HCI	07/11/2023	17:46:16	65.00	161	25.08	91	20	36.60	120/80		0	95.00	ALBA YENY RUANO BENI

• Laboratorios y Diagnosticos

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:36:36 **Profesional:** Anggie Lizeth Gallego Hernande. (medicina .) **Identificación:** CC 1144097981

Análisis de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas:
Tipo de Diagnostico: Impresion Diagnostica
Diag. Principal: (M797) FIBROMIALGIA *
Diag. Relacionado1: (M545) LUMBAGO
Diag. Relacionado2:
Diag. Relacionado3:
Diag. Relacionado4:

• Ordenacion

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:48:13 **Profesional:** Anggie Lizeth Gallego Hernande. (medicina .) **Identificacion:** CC1144097981

Orden: Ambulatoria **Sede:** HCI

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(890263)		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	1	(AMBULATORIO- PRIORITARIO)

Observaciones: AMBULATORIO PRIORITARIO

• Incapacidad

Lugar: **Fecha:** 07/11/2023 **Hora:** 17:48:32 **Profesional:** Anggie Lizeth Gallego Hernande. (medicina .) **Identificación:** CC1144097981

Presunto origen de la Incapacidad: Enfermedad General
Dias: 2 **Fecha Inicia:** 07/11/2023 **Fecha Terminación:** 08/11/2023
Incapacidad Retroactiva:
Grupo de Servicios: Urgencias o internacion del paciente
Modalidad Prestación de Servicios: Consulta externa
Alcance: Intramural
Nota: SE DA INCAPACIDAD POR 2 DIAS Prorroga

• Prescripcion

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:48:42 **Profesional:** Anggie Lizeth Gallego Hernande.(medicina .) **Indentificación:** CC 1144097981

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia		Duracion	T.Dosis	Entregar
N02AT020701	TRAMADOL 50 MG/1 ML AMPOLLA SOL INY AMP 50MG/ML Solucion inyectable 50 MG	1.00 UNID	INTRAVENOSA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	1 AMP.
Nota: *								
H02AD005711	DEXAMETASONA 8 MG/2 MG AMPOLLA SOL INY AMP 8MG/2ML Suspension inyectabl 8MG/2ML	1.00 UNID	INTRAVENOSA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	1 AMP.
Nota: *								
M01AD015701	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA Inyectable 75 MG	1.00 UNID	INTRAMUSCULAR	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	1 AMP.
Nota: *								
M03BM015011	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA 750 MG Tableta 750 MG	1.00 UNID	ORAL	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	1 TAB.
Nota: *								
B05BS004704	CLORURO DE SODIO 0.9% X 100 ML SOLUCION INYECTABLE Solucion inyectable 0.9%	200.00 ML	INTRAVENOSA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	2 UNI.
Nota: *								
A2000226505	CATETER VENOSO G-20	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								
IM15180201152	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO EQUIPO VENOCLISISMACROGOTEO	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	1 UNI.
Nota: *								

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
Nit. 800084362-3
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 07 de Noviembre de 2023 Hasta 07 de Noviembre de 2023
CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO No. Historia - 305620

A20002174	JERINGA DE 10 ML X21G X 1 1/2	3.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	3	
Nota: *									
NP15180190029	NAPROXENO 250 MG TABLETA Tableta 250 MG	1.00 UNID	ORAL	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	9 TAB.	
Nota: TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS									
M03BM015011	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA 750 MG Tableta 750 MG	1.00 UNID	ORAL	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s)	1	6 TAB.	
Nota: TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS									

Observaciones:

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
1	07/11/2023	17:52:27	IM15180201152	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO	1	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA BERNA

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
2	07/11/2023	17:52:29	A20002174	JERINGA DE 10 ML X21G X 1 1/	3	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA BERNA

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
3	07/11/2023	17:52:32	A2000226505	CATETER VENOSO G-20	1	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA BERNA

- **Materiales**

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
URGENCIAS								

- **Liquidos Administrados**

Orden	Fechinic	Horainic	Cantidad indicada	Cantidad por administrador	Sonda	Oral	Parenteral	Nombre	Total	Profesional	Descripcion
1	2023-11-07	17:52:37	200	100			200	CLORURO DE SODIO 0.9% X 100 ML SOLUCION INYECTABLE	200	GINNA FERNANDA BERNAL PISTALA.	*

- **Medicamentos**

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	07/11/2023	17:52:44	M01AD015701	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	1.00 UNID	GINNA FERNANDA BERNA

- **Medicamentos**

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	07/11/2023	17:52:54	N02AT020701	TRAMADOL 50 MG/1 ML	INTRAVENOSA	1.00 UNID	GINNA FERNANDA BERNA

HISTORIA CLINICA

	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
/2023	18:10:20	M03BM015011	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA	ORAL	1.00 UNID	GINNA FERNANDA BERNA

Parametro no encontrado o sin Valor: FirmAdmi

Atendido Por:

Anggie Lizeth Gallego

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

Atendido Por:

William Erazo

WILLIAM ALEXANDER ERAZO TAPIA
ADMINISTRATIVO

Parametro no encontrado o sin Valor: FirmAdmi

Impreso Por:

William Erazo

WILLIAM ALEXANDER ERAZO TAPIA
ADMINISTRATIVO

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

REPORTE DE TRIAGE

☐ Confirmado ☐ Paciente Ausente

Centro Atención: COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA **N° Triage:** 200469 **Fecha del Triage:** 14/11/2023 3:34:44 p. m.
Documento: 1085897930 **Paciente:** ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Edad:** 37 Años
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS **IPS PRIMARIA:** MEDFAMPASTO
Municipio: PASTO **Dapartamento:** NARIÑO
Especialidad: MEDICINA GENERAL **Conducta:** Ninguna **Clasificación:** TRIAGE IV CONSULTA PRIORITARIA

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 111/54 **Frecuencia Cardíaca:** 93 **Frecuencia Respiratoria:** 19 **Temperatura:** 37
SO2: 93 **Estado de Conciencia:** Alerta **Peso (kg):** 0,0000 ☐ Aliento a Alcohol
Motivo Consulta: TENGO DOLOR
Observaciones: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD DE PROFESION -EMPLEADA CON ANTECEDENTES DE ANSIEDAD DEPRESION FIBROMIALGIA QUIEN ACUDE A CONSULTA POR SUS PROPIOS MEDIOS, REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE MALESTAR GENERAL MIALGIAS ALTRLAGIAS CEFALEA VALORADA POR MEDICINA GENERAL CON REDIRECCIONAMIETNO CON MEDICINA DEL DOLOR AHORA DOLOR POLIARTICULAR SIN MANEJO POR ESPECIALIDAD, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA, COMENTA YA ESTAR VACUNADO CON ESQUEMA INCOMPLETO PARA COVID 19 , NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID – 19, NO REFIERE ANTECEDENTE PATOLOGICO DE IMPORTANCIA, NIEGA ALERGIAS, NIEGA VIAJES A ZONA ENDEMICA, NIEGA VIAJES RESIENTES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS. PACIENTE QUIEN SE VALORA BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGUIRDAD IMPUESTOS POR EL MINISTERIOR DE SALUD Y CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, TAPABOCAS N95, VISOR).
Haliazgos Positivos al Examen: PACIENTE AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CONSTANTES VITALES NORMALES, NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MV CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, SIN SIGNOSD DE ABDOMEN AGUDO, MAC BUNRNEY. BLUMBERG, PSOAS, ,MURPHY NEGATIVO, EXTREMIDADES SIMETRICAS,NEUROLOGICAMENTE ESTABLE, NO SINTOMATOLOGIA RESPIRTATORIA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SIGNOS DE SIRS PACIENTE QUIEN NO REQUIERE INGRESO A URGENCIAS EN III NIVEL, QUIEN SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN SE REDIRECCIONA A SERVICIO DE CITA NO PROGRAMADA A SU IPS SE RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, PACINETE ATIENDE, ENTIENDE Y ACEPTA.

ANTECEDENTES

☐ Diabetes ☐ Enfermedad Coronaria ☐ ACV ☐ Enfermedad Pulmonar ☐ Convulciones ☐ Hipertenso
☐ Hospitalización reciente ☐ Infarto Reciente ☐ Anticoagulado ☐ Parto Reciente ☐ Otros Antecedentes
Otros Antece:
Cirugias:
Alergias:
Medicamentos:
☐ Planifica **Método:** Natural **Fecha Última Regla:**

ARRIBO A URGENCIAS

Tipo de Llegada: Caminando

☐ Consulta Expontanea ☐ Remisión ☐ Collar Cervical ☐ Tabla Espinal ☐ Férula Extremidades ☐ Oxigeno
☐ LEV ☐ SNG ☐ S. Vesical ☐ Tubo de Torax ☐ Intubación traqueal ☐ Acción ☐ Soat
☐ Consulta Externa HUB ☐ Enfermedad

IMPRESION DIAGNÓSTICA

Diagnóstico 1: M258 OTROS TRASTORNOS ARTICULARES ESPECIFICADOS
Diagnóstico 2:
Diagnóstico 3:
Observaciones: SE REDIRECCIONA A SIAU PARA PRIORIZACION DE CITA MEDICA CON ESPECIDALIDAD
Recomendaciones:

Profesional ORDOÑEZ ERASO DANNY ALEXANDER **Tarjeta Profesional** 87065826
Especialidad MEDICINA GENERAL

DANNY ORDOÑEZ

Fecha Actual : martes, 14 noviembre 2023

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 Cod. SGSSS: 520010009601
Calle 15 42C - 35 Pasto - Nariño
Telefonos 7362680 - 7235144

NOMBRE:	QUIROZ ROSERO ANA CRISTINA	**MEDICO TRATANTE:**	DANIEL PERDOMO MARQUEZ
IDENTIFICACION:	1085897930	**ENTIDAD:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
TIPO DE IDENTIFICACION:	Cedula de ciudadania	**REGIMEN:**	Contributivo
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	**COD. SGSSS:**	EPS005
TELEFONO:	3103805827-3178791470	**TIPO DE USUARIO:**	Cotizante
DIRECCION:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE PASTO - Nariño	**NIVEL DE USUARIO:**	Nivel II
FECHA DE INGRESO:	2023-08-23 08:26:45		
FECHA DE EGRESO:	2023-08-23 09:22:58		
FECHA DE REGISTRO:	2023-08-23 09:19:01		

ACUDIENTE:	OSCAR YELA	**ID. ACUDIENTE:**	12754291
DIR. ACUDIENTE:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE	**DEP. ACUDIENTE**	NO APLICA
TEL. ACUDIENTE	3178791470		

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Tratamiento previo
ESCITALOPRAN 30 MG
DIFENHIDRAMINA
CLONAZEPAM GOTAS 4 -0 -4

Respuesta a Tramiento (efecto, tolerncia, efectos colaterales)
PARCIAL

Resultado de paraclinicos (Solicitados previamente)
NO

Acompanante
ESPOSO

Subjetivo (Informacion aportada por el paciente y su familiar)
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADO,
ACTUALMENTE EN MANEJO PSICOFARMACOLOGICO
CON ADECUADA ADHERENCIA Y TOLERANCIA

REFIERE PERSISTIR CON CRISIS DE ANSIEDAD,
ANIMO DEPRIMIDO, ASTENIA

MANIFIESTA: "LO QUE ME INICIO ESTO FUE EL ESTRES DEL TRATAJO", "SUEÑO CON ESO"

REFIERE INSOMNIO DE MANTENIMIENTO

NO SE IDENTIFICA IDEACION AUTOLITICA NI SINTOMAS PSICOTICOS

Objetivo (Examen Mental y Observacion Directa)
ORIENTADA AUTOPSIQUICA Y ALOPSIQUICAMENTE
MANTIENE ESTADO EUPROSÉXICO, NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS NI FALLAS MNESICAS
PENSAMIENTO DE RITMO EUPSIQUICO, SIN ALTERACIONES EN LA FLUIDEZ NI EN LA COHESIÓN, LÓGICO,
DE ADECUADO CAPITAL IDEATIVO Y NIVEL DE ABSTRACCIÓN, SIN IDEACIÓN OBSESIVA NI DELIRANTE
IMPRESIONA CLÍNICAMENTE INTELIGENCIA PROMEDIO
INTROSPECCIÓN POSITIVA, CON CONCIENCIA DE SITUACIÓN Y ENFERMEDAD
JUICIO CONSERVADO, AFECTO ANSIOSO, TRISTE
SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN EN LA ESFERA VOLITIVA (EUBULICA)

Analisis
PACIENTE CON SINTOMAS REFRACTARIOS, SE
REQUIERE CAMBIO DE ESQUEMA FARMACOLOGICO, SE
SUSPENDE ESCITALPRAN, SE INICIA PAROXETINA

SE INICIAC DESMONTE DE CLONAZEPAM

Sintomatico Respiratorio
NO

Sintomatico de Piel
NO

Recomendaciones y signos de Alarma, Plan Casero
SE EXPIDE RECOMENDACIONES LABORALES

SE SOLICITA VAL POR MEDICINA LABORAL PARA ESTUDIO DE CASO

Tratamiento Farmacologico
Escitalopram 10mg tableta recubierta ., #21 , ---- PARA 21 DIAS
TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS 8 AM POR 7 DIAS, LUEGO TOMAR 1 TABLETA 8 AM POR OTROS 7 DIAS Y SUSPENDER

paroxetina 20 mg tabletas 20MG, #90 , PARA 3 MESES
TOMAR MEDIA TAB 8 DE LA NOCHE POR 7 DIAS, LUEGO TOMAR TABLETA COMPLETA

CLONAZEPAM GOTAS ------ NO SE RECETA
- TOMAR 3 GOTAS AM Y 3 GOTAS PM POR 5 DIAS
- LUEGO TOMAR 2 GOTAS AM Y 2 GOTAS PM POR OTROS 5 DIAS
- LUEGO TOMAR 1 GOTA AM Y OTRA GOTA PM POR 5 DIAS MAS Y SUSPENDER

Paraclinicos Solicitados
NO

Proximo Control
3 MESES

Diagnostico

Diagnostico Definitivo **F412** TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION **Impresion diagnostica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)

DANIEL PERDOMO MARQUEZ
PERDOMO.
1085246282
PSIQUIATRA
1085246282
7 36 26 80 EXT 205 -

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 COD. SGSSS: 520010009601
CALLE 15 42C - 35 PASTO - NARIÑO
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE:	QUIROZ ROSERO ANA CRISTINA	**MEDICO TRATANTE:**	DANIEL PERDOMO MARQUEZ
IDENTIFICACION:	1085897930	**ENTIDAD:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	**REGIMEN:**	CONTRIBUTIVO
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	**COD. SGSSS:**	EPS005
TELEFONO:	3103805827-3178791470	**TIPO DE USUARIO:**	COTIZANTE
DIRECCION:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE PASTO - NARIÑO	**NIVEL DE USUARIO:**	NIVEL II
FECHA DE INGRESO:			
FECHA DE EGRESO:			
FECHA DE REGISTRO:	2023-08-23 11:15:44		

ACUDIENTE:	OSCAR YELA	**ID. ACUDIENTE:**	12754291
DIR. ACUDIENTE:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE	**DEP. ACUDIENTE**	NO APLICA
TEL. ACUDIENTE	3178791470		

FORMULACION EXTERNA

Procedimientos

890262 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO, - DETERMINAR ORIGEN DE ENFERMEDAD POR MEDIO DE EPS

Nota

-

Fecha Vigencia: 30 dias

Diagnostico

Diagnostico **F412** TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION **Impresion diagnostica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)

DANIEL PERDOMO MARQUEZ

PERDOMO.

1085246282

PSIQUIATRA

1085246282

7 36 26 80 EXT 205 -

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 Cod. SGSSS: 520010009601
Calle 15 42C - 35 Pasto - Nariño
Telefonos 7362680 - 7235144

NOMBRE:	QUIROZ ROSERO ANA CRISTINA	**MEDICO TRATANTE:**	DANIEL PERDOMO MARQUEZ
IDENTIFICACION:	1085897930	**ENTIDAD:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
TIPO DE IDENTIFICACION:	Cedula de ciudadania	**REGIMEN:**	Contributivo
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	**COD. SGSSS:**	EPS005
TELEFONO:	3103805827-3178791470	**TIPO DE USUARIO:**	Cotizante
DIRECCION:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE PASTO - Nariño	**NIVEL DE USUARIO:**	Nivel II
FECHA DE INGRESO:	2023-08-23 08:26:45		
FECHA DE EGRESO:	2023-08-23 09:22:58		
FECHA DE REGISTRO:	2023-08-23 09:18:21		

ACUDIENTE:	OSCAR YELA	**ID. ACUDIENTE:**	12754291
DIR. ACUDIENTE:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE	**DEP. ACUDIENTE**	NO APLICA
TEL. ACUDIENTE	3178791470		

FORMULACION EXTERNA

Nota

RECOMENDACIONES MEDICO PSIQUIATRICAS PARA EL EMPLEADOR

PACIENTE DE 37 AÑOS

DIAGNOSTICOS: F412

SE CERTIFICA QUE ACTUALMENTE PRESENTA PATOLOGIA PSIQUIATRICA
QUE REQUIERE MANEJO PSICOFARMACOLOGICO Y PSICOTERAPEUTICO
POR INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS

SE ESPECIFICA QUE EL PADECIMIENTO AGUDO DE LA PACIENTE LIMITA
EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y LABORAL, VIENDOSE AFECTADA
SU CAPACIDAD PARA CUMPLIR CIERTAS FUNCIONES LABORALES.
DICHA LIMITACION LABORAL ES DE CARACTER TEMPORAL Y SE
EPERA REVERTIR CON EL TRATAMIENTO

SE RECOMIENDA:

- FAVORECER UN AMBIENTE LABORAL TRANQUILO, NO ESTAR EXPUESTO A SITUACIONES DE GRAN ESTRÉS NI TENSIÓN

- ASIGNAR FUNCIONES CLARAS, ESPECIFICAS Y CONSTANTES QUE SEAN DEL MANEJO DEL PACIENTE

- EVITAR LOS CAMBIOS ABRUPTOS DE FUNCIONES LABORALES

- HACER PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS

- EVITAR LA REALIZACION DE TURNOS NOCTURNOS POR LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACION

- PERMITIR ASISTENCIA A CITAS Y TERAPIAS

- EN CASO DE REQUERIR LLAMADOS DE ATENCIÓN ÉSTOS SEAN EMPÁTICOS, ASERTIVOS Y RESPETUOSOS.

- EVITAR BLOQUES DE TRABAJO SUPERIORES A DOS HORAS, 10 MINUTOS DE DESCANSO ENTRE PERÍODOS.

RECOMENDACIONES VÁLIDAS POR 3 MESES, SE IRÁN AJUSTANDO DE ACUERDO A EVOLUCIÓN.

Fecha Vigencia: 30 dias

Diagnostico

Diagnostico **F412** TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION **Impresion diagnostica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)

DANIEL PERDOMO MARQUEZ

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 Cod. SGSSS: 520010009601
Calle 15 42C - 35 Pasto - Nariño
Telefonos 7362680 - 7235144

NOMBRE:	QUIROZ ROSERO ANA CRISTINA	**MEDICO TRATANTE:**	DANIEL PERDOMO MARQUEZ
IDENTIFICACION:	1085897930	**ENTIDAD:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
TIPO DE IDENTIFICACION:	Cedula de ciudadania	**REGIMEN:**	Contributivo
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	**COD. SGSSS:**	EPS005
TELEFONO:	3103805827-3178791470	**TIPO DE USUARIO:**	Cotizante
DIRECCION:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE PASTO - Nariño	**NIVEL DE USUARIO:**	Nivel II
FECHA DE INGRESO:	2023-08-23 08:26:45		
FECHA DE EGRESO:	2023-08-23 09:22:58		
FECHA DE REGISTRO:	2023-08-23 09:16:51		

ACUDIENTE:	OSCAR YELA	**ID. ACUDIENTE:**	12754291
DIR. ACUDIENTE:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE	**DEP. ACUDIENTE**	NO APLICA
TEL. ACUDIENTE	3178791470		

FORMULACION EXTERNA

Procedimientos

890262 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO, -

Nota

EVALUACION DE CASO Y RECOMENDACIONES

Fecha Vigencia: 30 dias

Diagnostico

Diagnostico **F412** TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION **Impresion diagnostica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)

DANIEL PERDOMO MARQUEZ

PERDOMO.

1085246282

Psiquiatra

1085246282

7 36 26 80 ext 205 -

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 COD. SGSSS: 520010009601
CALLE 15 42C - 35 PASTO - NARIÑO
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE:	QUIROZ ROSERO ANA CRISTINA	**MEDICO TRATANTE:**	DANIEL PERDOMO MARQUEZ
IDENTIFICACION:	1085897930	**ENTIDAD:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	**REGIMEN:**	CONTRIBUTIVO
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	**COD. SGSSS:**	EPS005
TELEFONO:	3103805827-3178791470	**TIPO DE USUARIO:**	COTIZANTE
DIRECCION:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE PASTO - NARIÑO	**NIVEL DE USUARIO:**	NIVEL II
FECHA DE INGRESO:	2023-08-23 08:26:45		
FECHA DE EGRESO:	2023-08-23 09:22:58		
FECHA DE REGISTRO:	2023-08-23 09:16:09		

ACUDIENTE:	OSCAR YELA	**ID. ACUDIENTE:**	12754291
DIR. ACUDIENTE:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE	**DEP. ACUDIENTE**	NO APLICA
TEL. ACUDIENTE	3178791470		

FORMULACION EXTERNA

Medicamentos

Escitalopram 10mg tableta recubierta ., #21 , ---- PARA 21 DIAS
TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS 8 AM POR 7 DIAS, LUEGO TOMAR 1 TABLETA 8 AM POR OTROS 7 DIAS Y SUSPENDER

paroxetina 20 mg tabletas 20MG, #90 , PARA 3 MESES
TOMAR MEDIA TAB 8 DE LA NOCHE POR 7 DIAS, LUEGO TOMAR TABLETA COMPLETA

Nota

CLONAZEPAM GOTAS ------ NO SE RECETA
- TOMAR 3 GOTAS AM Y 3 GOTAS PM POR 5 DIAS
- LUEGO TOMAR 2 GOTAS AM Y 2 GOTAS PM POR OTROS 5 DIAS
- LUEGO TOMAR 1 GOTA AM Y OTRA GOTA PM POR 5 DIAS MAS Y SUSPENDER

Fecha Vigencia: 30 dias

Diagnostico

Diagnostico **F412** TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION **Impresion diagnostica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)

DANIEL PERDOMO MARQUEZ

PERDOMO.

1085246282

PSIQUIATRA

1085246282

7 36 26 80 EXT 205 -

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
NIT 891200274-2 Cod. SGSSS: 520010009601
Calle 15 42C - 35 Pasto - Nariño
Telefonos 7362680 - 7235144

NOMBRE:	QUIROZ ROSERO ANA CRISTINA	**MEDICO TRATANTE:**	DANIEL PERDOMO MARQUEZ
IDENTIFICACION:	1085897930	**ENTIDAD:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
TIPO DE IDENTIFICACION:	Cedula de ciudadania	**REGIMEN:**	Contributivo
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	**COD. SGSSS:**	EPS005
TELEFONO:	3103805827-3178791470	**TIPO DE USUARIO:**	Cotizante
DIRECCION:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE PASTO - Nariño	**NIVEL DE USUARIO:**	Nivel II
FECHA DE INGRESO:	2023-08-23 08:26:45		
FECHA DE EGRESO:	2023-08-23 09:22:58		
FECHA DE REGISTRO:	2023-08-23 09:00:48		

ACUDIENTE:	OSCAR YELA	**ID. ACUDIENTE:**	12754291
DIR. ACUDIENTE:	MZ F CASA 6 BARRIO LIRIOS NORTE	**DEP. ACUDIENTE**	NO APLICA
TEL. ACUDIENTE	3178791470		

FORMULACION EXTERNA

Procedimientos

890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA, 3 MESES

Nota

-

Fecha Vigencia: 30 dias

Diagnostico

Diagnostico **F412** TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION **Impresion diagnostica**

Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad Consulta:** No aplica

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)

DANIEL PERDOMO MARQUEZ

PERDOMO.

1085246282

Psiquiatra

1085246282

7 36 26 80 ext 205 -

Avicena

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
32. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
35. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
36. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
37. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
38. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni?
: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tios o primos maternos tienen o hari tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tio(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

09/11/2023 07:52:16. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Sandra Milena Garcia Palacios. Reg. Médico. 59311527. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 97373697. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 37 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: " tENGO DOLOR DEL CUELLO LA CABEZA ".
Enfermedad Actual: Paciente que consulta por antecedente de tx de ansiedad y Depresion, refiere que presenta cuadro de 8 dias de evolucion consistente en cervicalgia cefalea e moderada intensidad , mialgias altralgias , se encuentra en tratamiento con psiquiatria con paroxetina,mioflex, Hace 2 dias con agudizacion de sintomas se encotro en urgncias se aplico analgesicos sin mejoria por lo que consulta..

Firmado Electrónicamente

Avicena

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 °C
Talla: 1.64 m

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatias.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: DOlor a la digitopresion en areas musculares en miembros inferiores .
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: Paciente quien ingresa por sus propios medios con elementos de protección personal, en buenas condiciones generales, vestido adecuadamente acorde a su edad, alerta orientado; actitud colaboradora, establece contacto visual y verbal, lenguaje coherente, afecto hipomodulado de fondo ansioso niega ideas de muerte y de suicidio, memoria conservada, conducta motora adecuada; introspección, prospección realista..
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente que consulta por antecedente de tx de ansiedad y Depresion, refiere que presenta cuadro de 8 dias de evolucion consistente en cervicalgia cefalea e moderada intensidad , mialgias altralgias , se encuentra en tratamiento con psiquiatria con paroxetina,mioflex, Hace 2 dias con agudizacion de sintomas se encotro en urgncias se aplico analgesicos sin mejoria Se incia manejo con pregabalina. se indica incapcidad medica por 3 dias, Paciente esta pendiente valoracion por psiquiatria y medicina familiar para definir prorrogas de incapacidad.

DIAGNOSTICO

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0
Diagnóstico Principal: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Fibromialgia (M797), Impresión diagnóstica.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Pregabalina 75mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 Tableta o Cápsula cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: tomar 7 pm .

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 3 día(s) desde 09/11/2023 hasta 11/11/2023. (F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresion).

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: VISUALES O AUDITIVAS UNA ALIMENTACIÓN SÁNA Y EQUILIBRADA: RICA EN FIBRA, VERDURAS, FRUTAS, REALIZAR EJERCICIO FÍSICO MODERADO, MANTENER ALGUNA ACTIVIDAD O HOBBIE, EVITAR CIRCUNSTANCIAS ESTRESANTES, EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS, DORMIR BIEN POR LA NOCHE DE 7 A 8 HORAS. SIGNOS DE ALARMA: CAMBIOS DE CONDUCTA COMO NO DORMIR, PERMANECE HORAS EN LA CAMA ENTRE OTROS, AGRESIVIDAD, IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO, ALUSINACIONES

DIAS DE INCAPACIDAD: 3 día(s)

Firmado Electrónicamente

Avicena

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRÍSTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

PERO LA MEDICO LABORAL NO LO VE CONVENIENTE, NO ME DAN SOLUCION"

ANTECEDENTES
PERSONALES: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD. UNION LIBRE CON DOS HIJOS
FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES DE ALTERACIONES MENTALES NI DE DISCAPACIDAD EN FAMILIA.
CONSUMO DE SPA: NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, NIEGA ANTECEDENTES EN LA FAMILIAR
PERFIL SOCIAL
CONVIVENCIA: ACTUALMENTE CONVIVE CON SU PAREJA Y SUS DOS HIJAS
PERSONALIDAD: RASGOS DE INTROVERSION
OCUPACIÓN: ASESORA COMERCIAL EN BANCO.
HISTORIA FAMILIAR:
EN CUANTO A SU HISTORIA FAMILIAR ES LA MENOR DE DOS HERAMNSO, CON QUIEN REFIERE BUENOS VINCULOS AFECTIVOS, PADRES COMUNICACION CONSTANTES, RED DE APOYO ESTABLE
PACIENTE QUE NIEGA TENER SINTOMATOLOGÍA DE COVID-19. PACIENTE HETEROSEXUAL QUE NIEGA SER VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO, NIEGA SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, NIEGA DISCAPACIDAD....

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES
Talla: 1.64 m

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Mental: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON UNA PRESENTACIÓN PERSONAL ADECUADA, ACORDE A SU EDAD Y CONTEXTO SOCIAL, EN UN ESTADO DE ALERTA, ESTABLECE CONTACTO VISUAL, COLABORADORA, EUPROSEXICA, ORIENTADA EN TIEMPO, EN PERSONA Y LUGAR. MANEJA UNA MOTRICIDAD AUTÓNOMA, CON UN PENSAMIENTO DE CURSO NORMAL, ES COHERENTE EN SU DISCURSO, MANEJA UN RITMO DE LENGUAJE NORMAL, AFECTO MODULADO, DE FONDO TRISTE, ANSIOSA, EXPRESIONES ADECUADAS DEL AFECTO, SIN DIFICULTAD EN SUS PROCESOS MENTALES SUPERIORES, COMPORTAMIENTOS PROPOSITIVOS EN HABILIDADES SOCIALES..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
INFORMACION SUMINISTRADA POR LA PACIENTE: PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR PSICOLOGIA, QUIEN CONSULTA POR SINTOMATOLOGIA ANSIOSA, PRESENTA CUADRO COMPATIBLE CON ESTRÉS LABORAL CON LLANTO FACIL, FRUSTRACION, INESTABILIDAD EMOCIONAL, SIENDO EL DETONANTE LA SITUACION LABORAL. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN UN PROCESO LEGAL CON SU ENTONO LABORAL, FISICAMENTE AGOTADA, SITUACION QUE ESTA AFECTANDO LA ESFERA FAMILIAR, SE ENCUENTRA EN PROCESO DE PENSIONARSE, SE ORIENTA A LA PACIENTE EN TECNICAS DE RESPIRACION DIAFRAGMATICA, CONTENCION EMOCIONAL, CAPACIDADES DE AFRONTAMIENTO, PAUTAS DE AUTOCUIDADO.

SE SOLICITA CONTROL EN 30 DIAS

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

INTERVENCIONES
03/11/2023 11:33, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA.
Diagnóstico(s) previo(s) asociado(s) a la intervención: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X); Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412). Finalidad: Diagnóstico. Descripción del procedimiento: VALORACION INIAL POR PSICOLOGIA .

Firmado Electrónicamente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145701
Dirección: Kra 20 No 19B-22
Teléfono: 7201372

HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha de Impresión:	18/11/2023 0:05:45		
Centro de atención:	10 - CS SAN VICENTE	**Fecha de Atención:**	17/11/2023 23:14:24
Paciente:	CC - 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO		
Fecha de nacimiento:	15/04/1986		
Régimen:	1 - Contributivo	**Edad:** 37 años 7 meses 3 días	**Sexo:** Femenino
Dirección Res.:	0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES	**Nivel:** 2	**Estado civil:** Soltero
Teléfono:	3103805827		**Carnet:**
Ocupación:	999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	**Lugar:** Pasto - Nariño	
Acompañante:			
Responsable:			
Administradora:	EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS	**Parentesco:**	**Teléfono:**
			Teléfono:
			Tipo Vinculación: Cotizante

DATOS DE LA CONSULTA

Remitido: No **Contra referencia:** No

Glasgow: 15 **Valoración:** Alerta

Motivo de Consulta: **Triage:** III

"ME SIENTO MAL TENGO ANSIEDAD, ADEMAS DOLOR DE CABEZA"

Enfermedad Actual:

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 DIAS REFIERE PRESENTA CEFALEA DE TIPO HOLOCRANEAL PULSATIL, ASOCIADO REFIERE FOSFENOS, FOTOFOBIA, DOLOR CERVICAL, NO REFIERE MAS SINTOMAS ASOCIADOS, REFIERE ASOCIADO LABILIDAD EMOCIONAL TRISTESA LLANTO FACIL, REFIERE CARGA LABORAL NO REFIERE MAS SINTOMAS EN EL MOMENTO DE LA VALORACION NO IDEACION SUCIICADA NO PLAN ESTRUCTURADO NO IDEACION DE AUTO O HETEROAGRESION. PACIENTE NO CUMPLE NINGUN CRITERIO DE CASO PROBABLE PARA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS, SE VALORA PACIENTE CON LOS TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, USO CORRECTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ANTECEDENTES

Personales:

		Descripción:
1.Patologicos(HTA,Diabetes)	Si	1-> TX DE ANSIEDAD Y DEPRESION.
2.Quirúrgicos	Si	
3.Hospitalarios	No	2-> NO REFIERE.
4.Transfusionales	No	
5.Tóxico - Alérgicos	Si	5->. NO REFIERE ANTECEDENTES ALERGICOS, MEDICAMENTOSOS, NI DE NINGUNA SUSTANCIA, NO EXPOSICION A HUMO DE LEÑA, NI DE NINGUN OTRO IRRITANTE.
6.Farmacológicos	No	
7.Gineco - Obstetricos	No	
8.Traumáticos	No	9-> PLANIFIACION: NO REFIERE
9.Otros	Si	

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145701
Dirección: Kra 20 No 19B-22
Teléfono: 7201372

HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha de Impresión: 18/11/2023 0:05:45 **Fecha de Atención:** 17/11/2023 23:14:24
Centro de atención: 10 - CS SAN VICENTE
Paciente: CC - 1085897830 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha de nacimiento: 15/04/1986 **Edad:** 37 años 7 meses 3 días **Sexo:** Femenino
Régimen: 1 - Contributivo **Nivel:** 2 **Estado civil:** Soltero
Dirección Res.: 0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES **Carnet:**
Teléfono: 3103605827 **Lugar:** Pasto - Nariño
Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Acompañante:
Responsable: **Teléfono:**
Administradora: EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS **Parentesco:** **Teléfono:**
Tipo Vinculación: Cotizante

Ginecológicos

Menarquia: 30/12/1899 A LOS 14 AÑOS
Última Mestruación: 12/11/2023
Último Parto: 30/12/1899 HACE 1 AÑO Y 8 MESES
Citologia: 30/12/1899 HACE 1 AÑO Y 6 MESES NORMAL.
Gestación: 2 **Parto:** 2 **Aborto:** 0 **Cesárea:** 0

REVISIÓN POR SISTEMA

Sistema Afectado:
NIEGA PRURITO, NIEGA PERDIDA DE LA AGUDEZA AUDITIVA , NIEGA DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL, NIEGA VERTIGO, NIEGA DOLOR TORXICO NI PRECORDIAL, NIEGA TOS NI DISNEA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL,DIARREIA, VOMITO, NIEGA DOLOR PELVICO, DISURIA, POLAQUIURIA, NIEGA ARTRALGIAS, MIALGIAS, NIGA PERDIDA DE MEMORIA O ALTERACIONES NEUROLOGICAS.

EXAMEN FÍSICO

F. Cardiaca: 65.00 xMin **Temperatura:** 36.20 °C **F. Respiratoria:** 18.00 xMin
Peso: 55.70 Kgm **Talla:** 1.63 Mts **Presión:** 129/79 Mm/g
Indice de Masa Corporal: 24.73 **Superficie de Masa Corporal:** 1.71 m^2

Apariencia:
INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, MARCHA NORMAL, ALERTA CONCIENTE, EN TIPO ESPECIO Y PERSONA.
Craneo Cara y Cuello:
CABEZA: NORMOCEFALO,
PUPILAS ISOCORICAS - NORMOREACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO FOTOMOTOR Y CONSENSUAL PRESENTE, CONJUTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS,
OIDO: SIN ALTERACIONES, MEMBRANA TIMPANICA CONSERVADA
ORL: MUCOSAS HUMEDAS,
CUELLO: MOVIL NO RIGIDO NO INGURGITACION YUGULAR A 45°, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS
GARGANTA: AMIGDALAS EUTROFICAS, NO PLACAS.
Tórax:

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE
Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145701
Dirección: Kra 20 No 19B-22
Teléfono: 7201372

HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha de Impresión:	18/11/2023 0:05:45	**Fecha de Atención:** 17/11/2023 23:14:24	
Centro de atención:	10 - CS SAN VICENTE		
Paciente:	CC - 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO		**Sexo:** Femenino
Fecha de nacimiento:	15/04/1986	**Edad:** 37 años 7 meses 3 días	**Estado civil:** Soltero
Régimen:	1 - Contributivo	**Nivel:** 2	**Cornel:**
Dirección Res.:	0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES.		
Teléfono:	3103805827	**Lugar:** Pasto - Nariño	
Ocupación:	999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION		
Acompañante:			**Teléfono:**
Responsable:		**Parentesco:**	**Teléfono:**
Administradora:	EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS		**Tipo Vinculación:** Cotizante

TORAX: NORMOEXPANSIVO, NO TIRAJES. CORAZON: RITMICO NO SE AUSCULTAN SOPOLOS. PULMONES: LIMPIOS, BIEN VENTILADOS, NO SOBREAGREGADOS

MAMAS: LIBRE, NO MASA, NO TELORREAS. PEZONES EVERTIDOS PIEL SIN LESIONES EVIDENTES, SIMETRICAS NO. RETRACCIONES DE PEZON. AREOLA HIPERPIGMENTADA. NO SE PALPAN NODULOS. AXILAS SIN ADENOPATIAS. NO SE PALPAN NODULOS. AXILAS SIN ADENOPATIAS. NO TELORREA, NO CAMBIOS DE COLORACION EN PIEL Y/O PEZON.

Abdomen:
ABDOMEN : COLORACION HOMOGENEA. NO DISTENSION ABDONINAL,SIN EVIDENCIA DE CIRCULACION COLATERAL . BLANDO Y DEPRESIBLE. NO DOLOROSO A PALAPCION SUPERFICIAL NI PROFUNDA. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,PUÑO PERCUSION NEGATIVA . NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS,NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. RUIDOS HIDROAEREAOS (+) PERISTALTISMO CONSERVADO.

Piel y faneras:
PIEL: TURGENTE, EUTROFICA, SIN LESIONES. HIDRATADA, SIN ALTERACIONES

Génito - urinario:
GENITOURINARIO: PUNTO PIELOURETERALES ANTERIORES Y POSTERIORES NO DOLOROSOS. CON PUÑOPERCUSION NEGATIVA. GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS

Extremidades:
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SENSIBILIDAD CONSERVADA, MOVILIDAD COSERVADA FUERZA MUSCUALR 5/5, REFLEJOS OSTEOTENDINSOSO PRESENTES++++/++++ NO SIGNOS PATOLOGICOS.
TEST DE SPEED BILATERAL POSITIVO; MANIOBRAS DE PINZAMIENTO ACROMIALES POSITIVAS: NO SE EVIDENCIAN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS

Sistema Nervioso Central:
ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ. NO HAY FOCALIZACION, MARCHA NORMAL, APARIENCIA ACORDE A NIVEL SOCIOCULTURAL LENGUAJE VERBAL FLUIDO, EUPROXESICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LOGICO, SENSOPERCEPCION CONSERVADA, NO ACTIVIDAD AULCINATORIA O ACTIVA NI IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESION

ANÁLISIS

Finalidad Consulta:
10-No Aplica

[redacted]
JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

Cantidad

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145701
Dirección: Kra 20 No 19B-22
Teléfono: 7201372

HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha de Impresión: 18/11/2023 0:05:45 **Fecha de Atención:** 17/11/2023 23:14:24
Centro de atención: 10 - CS SAN VICENTE
Paciente: CC - 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha de nacimiento: 15/04/1986 **Edad:** 37 años 7 meses 3 dias **Sexo:** Femenino
Régimen: 1 - Contributivo **Nivel:** 2 **Estado civil:** Soltero
Dirección Res.: 0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES **Carnet:**
Teléfono: 3103805827 **Lugar:** Pasto - Nariño
Ocupación: 999:.PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Acompañante:
Responsable: **Teléfono:**
Administradora: EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS **Parentesco:** **Teléfono:**
Tipo Vinculación: Cotizante

Causa Externa:
13 - Enfermedad general

Tipo Diagnóstico Principal:
1 - Impresión diagnóstica

Diagnóstico Principal:
F412: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Diagnóstico Relacionado1:
G441: CEFALEA VASCULAR NCOP

Diagnóstico Relacionado2:
M624: CONTRACTURA MUSCULAR

Diagnóstico Relacionado3:

Plan de Tratamiento:
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS.
DIPIRONA 2 GR EV DOSIS UNICA
TIAMINA 5 MG IM DOSIS UNICA AHORA
FORMULA AMBULATORIA CON
FLUOXETINA 1 TB CADA DIA POR 3 DIAS
LEVOMEPROMAZINA 25 MG VIA ORAL NOCHE POR 3 DIAS
ORDEN PARA VALORACION POR PSICOLOGIA AMBULATORIA
SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR UREGENCIAS
REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA INERENTES A SU PATOLOGIA DE BASE.
RECOMENDACIONES PARA PREVENCION DE COVID-19.
ADECUADO LAVADO DE MANOS POR MINIMO 40 SEGUNDOS, COMO MINIMO CADA 3 HORAS, IDEAL CADA HORA, USO DE TAPABOCAS DE FORMA ADECUADA CUBRIENDO NARIZ Y BOCA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL MINIMO DE 1 METRO ENTRE PERSONA Y PERSONA, IDEAL 2 METROS, LIMPIEZA Y DESINFECCION ADECUADA DE ELEMENTOS DE PRORTECCION PERSONAL,
(SE ATIENDE AL PACIENTE CON TODOS LOS ELEMNTOS DE PROTECCION PERSONALE BATA ANTIFLUIDOS, TAPABOCAS QUIRURGICO) SE REALIZA DESINFECCION A EL CONSULTRIO Y LOS ELEMENTOS BIOMEDICOS CON PAÑOS DE AMONIO CUATERNARIO UNA VEZ TERMINA LA JORNADA

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145701
Dirección: Kra 20 No 19B-22
Teléfono: 7201372

HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha de Impresión:	18/11/2023 0:05:45	**Fecha de Atención:**	17/11/2023 23:14:24
Centro de atención:	10 - CS SAN VICENTE		
Paciente:	CC - 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO		**Sexo:** Femenino
Fecha de nacimiento:	15/04/1986	**Edad:** 37 años 7 meses 3 días	**Estado civil:** Soltero
Régimen:	1 - Contributivo	**Nivel:** 2	**Carnet:**
Dirección Res.:	0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES		
Teléfono:	3103805827	**Lugar:** Pasto - Nariño	
Ocupación:	999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION		
Acompañante:			**Teléfono:**
Responsable:		**Parentesco:**	**Teléfono:**
Administradora:	EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS		**Tipo Vinculación:** Cotizante

Análisis:
PACIENTE FEMENINA CON CUADRO DE CEFALEA VASCULAR MAS CONTRACTURA MUSCULAR SECNDARIO A SINDROME DE ANSIEDAD Y DEPRESION AL PARECER POR CARGA LABORAL, POR EL MOMENTO SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS NO FOCALIZACIONES NO DETERORO NEUROLOGICO EXAMEN MENTAL SIN ALTERACIONES POR EL MOMENTO SIN IDEACION SUICIDA NO PLAN ESTRUCTURADO POR EL MOMENTO SE DA MANEJO SINTOMATICO SE DA FORMULA AMBULATORIA CON ASIOLITOCOS ANTIDEPRESIVO ORDEN PARA VALORACION PRIORITARIA AMBULATORIA POR PSICOLOGIA, ORDEN PARA VALOACION POR MEDICINA DEL TRABAJO, CONTINUAR PROCESO POR CONSULTA EXTERNA, DE FORMA AMBULATORIA, SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARARECONSULTAR POR URGENCIAS, PACIENTE Y FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA

Recomendaciones:

Remitido: 0

Destino del Paciente:
Domicilio

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8245629

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
30/10/2023, 14:52:37
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F419 Trastorno de ansiedad , no especificado .
No se registraron otros diagnósticos en la historia clínica.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 30/10/2023 - Hasta: 01/11/2023

MÉDICO

Nury Andrea Coral Rosero
MEDICO
Reg. Méd. 522127

Nury Andrea Coral Rosero - Medicina General
CC 1085250875 - RM. Registro médico 1085250875

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

MEDFAM S.A.S
NIT 900243869-5
Calle 12 No. 32 - 58 Teléfono
Pasto - Nariño

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
NIT. 800084362-3
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA (Tel:7733949)

Incapacidad
202311040089 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Numero de cedula: CC 1085897930
Género: Femenino
Edad: 37 Ano(s)
Dirección: MZ F CASA6 BARRIO LIRIOS NORTE
Teléfono: 3103805827
Celular: 3103805827

Tipo Usuario: Contributivo
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (008) SANITAS EPS
Codigo institucIÃ³n: 523560035601

Diagnóstico: M797 - FIBROMIALGIA
Relacionado 1: R101 - DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

- **Incapacidad**

Lugar: IPIALES **Fecha: 04/11/2023** **Hora: 12:05:15** **Profesional: Fabio Leandro Lopez Sarasty. (medicina .)** **Identificación:CC87219571**

Presunto origen de la incapacidad: Enfermedad General
Dias: 1 **Fecha Inicia:** 04/11/2023 **Fecha Terminación:** 04/11/2023
Incapacidad Retroactiva:
Grupo de Servicios: Urgencias o internacion del paciente
Modalidad Prestación de Servicios: Consulta externa
Alcance: Intramural
Prorroga
Nota: PACIENTE CON DOLOR AGUIDZADO POR DESSENCADENTE ANSIOSO SE INDICA INCAPACIDAD MEDICA DE UN DIA

Elaboró:

FABIO LEANDRO LOPEZ SARASTY
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 87219571

Impreso por:

FABIO LEANDRO LOPEZ SARASTY
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 87219571

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
NIT. 800084362-3
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA (Tel:7733949)

Incapacidad
202311070297 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Numero de cedula: CC 1085897930
Género: Femenino
Edad: 37 Año(s)
Dirección: MZ F CASA6 BARRIO LIRIOS NORTE
Teléfono: 3103805827
Celular: 3103805827

Tipo Usuario: Contributivo
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (008) SANITAS EPS
Codigo institucIÃ³n: 523560035601

- **Incapacidad**

Lugar: IPIALES **Fecha: 07/11/2023** **Hora: 17:48:32** **Profesional: Anggie Lizeth Gallego Hernande. (medicina ,)** **Identificación:CC1144097981**

Presunto origen de la incapacidad: Enfermedad General
Dias: 2 **Fecha Inicia:** 07/11/2023 **Fecha Terminación:** 08/11/2023
Incapacidad Retroactiva:
Grupo de Servicios: Urgencias o internacion del paciente
Modalidad Prestación de Servicios: Consulta externa
Alcance: Intramural
Nota: SE DA INCAPACIDAD POR 2 DIAS Prorroga

Elaboró:

Anggie Lizeth Gallego.

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

Impreso por:

Anggie Lizeth Gallego.

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8281613

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
09/11/2023, 07:52:16
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresion .
Otro(s) diagnóstico(s): M797.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 09/11/2023 - Hasta: 11/11/2023

MÉDICO

Dra. Sandra Milena García
Medico
REG. 522065

Sandra Milena Garcia Palacios - Medicina General
CC 59311527 - RM. Registro médico 59311527

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
NIT. 800084362-3
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA (Tel:7733949)

Incapacidad
202311070297 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Numero de cedula: CC 1085897930
Género: Femenino
Edad: 37 Ano(s)
Dirección: MZ F CASA6 BARRIO LIRIOS NORTE
Teléfono: 3103805827
Celular: 3103805827

Tipo Usuario: Contributivo
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (008) SANITAS EPS
Codigo institución: 523560035601

- **Incapacidad**

Lugar: IPIALES **Fecha**: 07/11/2023 **Hora**: 17:48:32 **Profesional**: Anggie Lizeth Gallego Hernande. (medicina .) **Identificación**:CC1144097981

Presunto origen de la incapacidad: Enfermedad General
Incapacidad Retroactiva:
Grupo de Servicios:
Modalidad Prestación de Servicios:
Alcance:
Nota: SE DA INCAPACIDAD POR 2 DIAS

Dias: 2 **Fecha Inicia**: 07/11/2023 **Fecha Terminación**: 08/11/2023

Urgencias o internacion del paciente
Consulta externa
Intramural
Prorroga

Elaboró:

Anggie Lizeth Gallego.

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

Impreso por:

Anggie Lizeth Gallego.

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8297916

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
14/11/2023, 16:34:22
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F413 Otros trastornos de ansiedad mixtos .
Otro(s) diagnóstico(s): M541.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 14/11/2023 - Hasta: 16/11/2023

MÉDICO

Nury Andrea Coral
MEDICO
Reg. Méd. 522127

Nury Andrea Coral Rosero - Medicina General
CC 1085250875 - RM. Registro médico 1085250875

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: [illegible]
Cod. Habilitacion: [illegible]
Direccion: Kra 22 Nro 1[illegible]-22
Telefono: 7201372

INCAPACIDAD MEDICA

Fecha de Impresion: 15/11/2023
Fecha del Registro: 15/11/2023
Hora: 0[illegible]:28
Hora: 0[illegible]:08
Sexo: Femenino
Régimen: Contributivo
Fecha de Nac: [illegible]
Edad: 37 años
Paciente: CC - [illegible] - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Dirección: T A N 1 - 12 LAS MERCEDES
Médico Tratante: JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Administradora: EPSS15 - EPS SANITAS
Profesion: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Ciudad: Pasto
Estado Civil: Soltero
Telefono: [illegible]
Identificacion: [illegible]
Lugar Nacimiento: PASTO

Número - Ingreso: INC40354
Servicio: Servicios Ambulatorios
Prorroga: NO
Fecha Incapacidad: Desde: 17/11/2023 Hasta: 15/11/2023 Dias:
Servicio: Hospitalizacion
Fecha Incapacidad: Desde: Hasta: Dias:
Diagnóstico: F412: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Modalidad Prestacion Servicio:
Intramural
Presunto Origen de la Incapacidad:
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION - CEFALEA VASCULAR - CONTRACTURA MUSCULAR
Causa que motiva la atencion:
VER HISTORIA CLINICA
Incapacidad Retroactiva:

INCAPACIDAD POR:

OBSERVACIONES:

Reporte Generado por SIOS de SYSNET LTDA

Page 1 of 1

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
Registro: 1085317195

Powered by CamScanner

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA: 03. Nov. 2023

NOMBRE: Anna Cristina Cuiroz.
CC 1058999130

Se solicita control por

Psicología en 30 días

Dx: 496 x
F412

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T. y registro profesional)

#936
OPC 3

Jaime Uasapud
PSICÓLOGO
T.P. No. 238531

MEDFAM S.A.S

CERTIFICADO MÉDICO No. 6995234

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
11/10/2023, 09:36:16
Contrat: E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

CERTIFICADO MÉDICO

Control por programa de salud mental en 30 días

MÉDICO

Dr. Francisco Hernández O.
Médico-U.C.C
Reg. 1.026.586.793

Francisco Javier Hernandez Ortega - Medicina General
CC 1026586793 - RM. 1026586793

Original

- Impreso: 11/10/2023, 09:37:02

Impresión realizada por: franjhernandez

Cód.: FGCU-GAC-03
Creación: 2018/10/29
Modificación: 2023/03/15

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto

CITA PROGRAMADA

Neuropsicología ☐ Toxicología ☐ Psiquiatría ☒

Psicología ☐ Psiquiatría Infantil ☐

Día 23 Mes Nov Año 2023

Profesional: De Dam Pedro

Hora de atención: 8 am

¡RECUERDE LLEGAR 20 MINUTOS ANTES DE LA HORA ASIGNADA DE SU CITA!

Contáctenos:

Teléfono Citas: 3223454588

WhatsApp EPS Sanitas: 3174933771

Correo: citasmedicas@hospitalsanrafaelpasto.com

*Por motivo de seguridad: el Ingreso de **MENORES** de 12 años, está **RESTRINGIDO** en esta institución, a excepción de quienes tengan citas programadas.*

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA: 10/11/23

NOMBRE: ANA Olivia Parra

Dx: M79.1
M51.0
F41.1

Paciente con fibromialgia en manejo medico con pobre evolucion

SE ACOMPAÑA A Valoracion Familiar

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T. y registro profesional)

MEDICO
RM No. 1.065.239.091

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA: 10/11/23

NOMBRE: ANNA Guirol. Rojas

Dx: M797
M510
F412.

Paciente con cuadro clínico de Fibromialgia, Discopatia Lumbar, Dorsalgia y Depresión en manejo Integral con Psiquiatria, Psicologia, con modulación Dolor de Dolor, con Dolor que Afecta Calidad de Vida

SN MIGRAÑA x Depresión del Dolor.

#2477090145

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, doc y registro profesional)

CLINICA HISPANOAMERICA
Cra 41 # 19D -147

DERECHOS DEL USUARIO EN CIREN:	DEBERES DEL USUARIO EN CIREN:	
1. A recibir asistencia médica y/o terapeutica interdisciplinar basada en el rigor cientifico con enfasis en Neurodesarrollo. 2. A recibir información clara y oportuna sobre su diagnostico y tratamiento. 3. A recibir acompañamiento del equipo interdisciplinar al inicio, durante y finalización del tratamiento. 4. Solicitar el Plan de Manejo trimestral elaborado para el Tratamiento.	1. Poner en práctica las recomendaciones del equipo interdisciplinar. 2. Asistir de forma puntual y cumplida a las citas programadas para el tratamiento 3. Buscar formas de comunicación efectiva con optimismo, amabilidad y buen trato. 4. Traer el carnet de citas a cada sesión programada y traer los documentos necesarios para la prestación del servicio médico y/o terapéutico	Neuropediatría Fisiatría Neurodesarrollo Terapia ABA Fisioterapia Terapia Ocupacional Fonoaudiología Psicología Equinoterapia Psiquiatría Infantil

CIREN
Centro Integral de Rehabilitación y Educación Neurológica
WWW.CIRENABA.COM

Principal: Cra 29 Nº 19-45
Sede 2: Calle 21 #25-11 B/ Centro
CARNET DE CITAS

Id:	S-1085897930	Usuario:	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	SANITAS	Autorización:	9300911

HORARIO: Realizó: 10304257

Dr. Santiago Bastidas
7:45

FECHAS EN LAS QUE DEBE ASISTIR:

			COPAGO
1	VIERNES	1/12/2023	
2	LUNES	4/12/2023	
3	MARTES	5/12/2023	
4	MIÉRCOLES	6/12/2023	
5	JUEVES	7/12/2023	
6	LUNES	11/12/2023	
7	MARTES	12/12/2023	
8	MIÉRCOLES	13/12/2023	

SEÑOR USUARIO: Recuerde que si no asiste en la fecha y hora indicadà perderá su cita, si desea cancelar su cita, comuniquelo a traves de Whats App al 3042372626 como mínimo con 12 horas de anticipación. Si presenta 3 faltas o más, deberá reprogramar su Tratamiento. Gracias

Este es su carnet de citas, por favor conservelo

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones al asistir a su sesión de Fisioterapia:

Si asiste por primera vez, se realizará la valoración para determinar tratamiento a seguir.
Asistir con disponibilidad de tiempo.
En caso de no poder asistir a su terapia debe cancelarla como mínimo con 12 horas de anticipación, se reprogramaran solo dos sesiones del numero total de citas y en el horario disponible por el terapeuta. Recuerde consulta su carnet de citas detalladamente, en el se especifica numero de sesiones de terapias y periodo de tiempo para ejecutarlas.
Asista con ropa cómoda. Toalla mediana.
Evite hacer uso del celular durante su terapia.
Cada paciente se hace responsable de sus objetos personales. Usted dispondrá para sus objetos personales un locker.
No consuma alimentos dentro del consultorio
Retirarse los zapatos al hacer uso de la camilla.
Su sesión se dividirá en trabajo sedativo y ejercicio.
Si durante el tratamiento usted desea realizar observaciones, correspondientes al tratamiento o la atención, puede hacerlo directamente con su fisioterapeuta o a través de la coordinación asistencial de la IPS.
Para mayor efectividad del tratamiento adopte la rutina de ejercicios dirigida por su terapeuta y tenga en cuenta las recomendaciones dadas por el mismo.

Recomendaciones por COVID/19: Medidas de Forma Obligatoria

*****Asista puntual a su cita programada. Solo es necesario asistir 5 minutos antes de su cita, evitando aglomeraciones, como medida de contención por COVID/19**
*****Uso obligatorio de tapabocas**
*****No se permite el ingreso de Acompañantes, excepto si la condición del paciente lo requiere.**
Teléfonos de esta sede: 7222245 - 3042372626

CIREN	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN NEUROLÓGICA CIREN		
CONCEPTO COPAGO Y/O CUOTA MODERADORA			
FECHA:	9/11/2023	**RECIBO DE CAJA Nº**	**27980**
IDENT:	S-1085897930	AUTORIZACION:	9300911
APELLIDOS Y NOMBRES			
	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA		
TELÉFONO	3103805827		
SERVICIOS DESCRITOS EN LA AUTORIZACION			
TERAPIA FISICA INTEGRAL			

VALOR DEL COPAGO Y/O CUOTA MODERADORA:	**$32.800,00**
VALOR EN LETRAS:	
TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS	PESOS M/CTE

NOMBRE DE QUIEN RECIBE _____ 10304257

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogotá, 17 de noviembre de 2023

Señores:
BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A
NI 900215071
Pasto

CERTIFICACIÓN DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS

La EPS SANITAS certifica que ha validado y expedido incapacidades laborales y/o licencias a nuestra afiliada ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO identificada con cédula de ciudadanía N° 1085897930 acorde con la siguiente relación:

# DE CERTIFICADO	ORIGEN	ESTADO DE INCAPACIDAD	F. INICIO	F. FIN	DIAS AUT	DIAS ACUM	IBC	COD DIAGN	VALOR LIQUIDADO	ESTADO LIQUIDACION
56424254	11	LIQUIDADA	24/07/2020	25/07/2020	0	2	$ 2.136.101	G439	$ 0	LIQUIDADA
56656288	11	LIQUIDADA	14/12/2020	27/12/2020	12	14	$ 2.281.436	U071	$ 608.413	PAGADA
56822633	11	LIQUIDADA	5/03/2021	6/03/2021	0	2	$ 2.242.863	G442	$ 0	LIQUIDADA
56822818	11	LIQUIDADA	15/03/2021	16/03/2021	2	4	$ 2.242.863	G439	$ 99.688	PAGADA
56903654	11	LIQUIDADA	21/04/2021	27/04/2021	5	7	$ 2.274.900	F411	$ 252.779	PAGADA
57025080	11	LIQUIDADA	17/06/2021	23/06/2021	5	7	$ 2.229.900	F411	$ 247.779	PAGADA
57022645	11	LIQUIDADA	30/06/2021	2/07/2021	3	10	$ 2.229.900	O200	$ 148.668	PAGADA
57646725	11	LIQUIDADA	14/10/2021	16/10/2021	1	3	$ 2.475.100	O268	$ 55.005	PAGADA
57646743	11	LIQUIDADA	29/10/2021	31/10/2021	3	6	$ 2.475.100	O268	$ 165.015	PAGADA
57657048	11	LIQUIDADA	4/11/2021	23/11/2021	18	20	$ 2.352.500	F411	$ 941.047	PAGADA
57551592	11	LIQUIDADA	15/02/2022	20/06/2022	126	126	$ 2.434.825	O809	$ 10.226.266	PAGADA
58306021	11	LIQUIDADA	22/12/2022	30/12/2022	7	9	$ 5.149.100	F412	$ 801.011	PAGADA
58306025	11	LIQUIDADA	31/12/2022	5/01/2023	6	15	$ 5.149.100	F412	$ 686.581	PAGADA
58306037	11	LIQUIDADA	6/01/2023	8/01/2023	3	18	$ 5.149.100	F412	$ 343.290	PAGADA
58306038	11	LIQUIDADA	10/01/2023	10/01/2023	1	19	$ 5.149.100	F412	$ 114.430	PAGADA
58306045	11	LIQUIDADA	11/01/2023	14/01/2023	4	23	$ 5.149.100	F412	$ 457.721	PAGADA
58306029	11	LIQUIDADA	15/01/2023	23/01/2023	9	32	$ 5.149.100	F412	$ 1.029.871	PAGADA
58611775	11	LIQUIDADA	14/02/2023	20/02/2023	7	39	$ 5.149.100	F412	$ 801.011	PAGADA
58611833	11	LIQUIDADA	8/03/2023	12/03/2023	5	44	$ 5.149.100	F329	$ 572.151	PAGADA
58611868	11	RECHAZADA	13/03/2023	20/03/2023	8	52	$ 5.149.100	F329	$ 0	RECHAZADA
58611854	11	LIQUIDADA	21/03/2023	31/03/2023	11	63	$ 5.149.100	F412	$ 1.258.732	PAGADA
58611889	11	LIQUIDADA	1/04/2023	27/04/2023	27	90	$ 5.149.100	F412	$ 3.089.614	PAGADA
58635368	11	LIQUIDADA	28/04/2023	30/04/2023	3	93	$ 5.149.100	F412	$ 257.455	PAGADA
58778421	11	LIQUIDADA	1/05/2023	30/05/2023	30	123	$ 5.149.100	F412	$ 2.574.550	PAGADA
58778451	11	LIQUIDADA	31/05/2023	31/05/2023	1	124	$ 5.149.100	F412	$ 85.818	PAGADA
58784809	11	LIQUIDADA	1/06/2023	4/06/2023	4	128	$ 5.149.100	F412	$ 343.273	PAGADA
58784831	11	RECHAZADA	14/06/2023	21/06/2023	6	8	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58784841	11	RECHAZADA	22/06/2023	30/06/2023	9	137	$ 5.149.100	F412	$ 0	RECHAZADA

PD.: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008)

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

58784855	11	RECHAZADA	1/07/2023	8/07/2023	8	145	$ 5.149.100	F412	$ 0	RECHAZADA
58784863	11	RECHAZADA	10/07/2023	17/07/2023	8	16	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58877089	11	RECHAZADA	18/07/2023	25/07/2023	8	24	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58877421	11	RECHAZADA	26/07/2023	2/08/2023	8	32	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58915250	11	RECHAZADA	3/08/2023	10/08/2023	8	40	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58915025	11	RECHAZADA	10/08/2023	17/08/2023	8	48	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
58915269	11	RECHAZADA	19/08/2023	26/08/2023	0	8	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
58928369	11	LIQUIDADA	27/08/2023	28/08/2023	0	16	$ 2.248.760	M751	$ 0	LIQUIDADA
58956849	11	RECHAZADA	8/09/2023	9/09/2023	0	2	$ 2.974.599	F412	$ 0	RECHAZADA
58957071	11	RECHAZADA	11/09/2023	12/09/2023	0	2	$ 2.974.599	F419	$ 0	RECHAZADA
59009667	11	RECHAZADA	16/09/2023	23/09/2023	8	24	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
59061360	11	RECHAZADA	3/10/2023	10/10/2023	8	32	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
59066978	11	RECHAZADA	11/10/2023	18/10/2023	8	40	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA

1	Licencia Parto Normal
2	Adopción
3	Adopción múltiple
4	Descanso remunerado por aborto

5	Licencia Al Padre Por Fallecimiento De La Madre
6	Licencia Maternidad Parto Múltiple
7	Licencia Parto Prematuro Y Múltiple

8	Licencia Parto Prematuro
9	Licencia Remunerada De Paternidad
10	Licencia Pre Parto

11	General
12	Riesgo Laboral
13	Accidente de Tránsito

DEFINICIONES

Estado de incapacidad	Definición	Procedimiento a seguir
Resuelta	Incapacidad que ya fue validada y expedida por la EPS pero aún no ha sido cobrada por la empresa	La empresa debe descargar por la página web (www.epssanitas.com) la planilla de Solicitud de reconocimiento económico y enviarla diligenciada en Excel al correo reconocimientoeconomico@colsanitas.com
Liquidada	Incapacidad que ya fue validada y expedida por la EPS.	Si la incapacidad es mayor a dos días y NO es con cargo a pensiones o riesgos laborales, será pagada en un plazo de 20 días hábiles en la cuenta registrada por la empresa.
Rechazada	Incapacidad que NO fue aprobada por no cumplimiento de requisitos de Ley o falta de soportes	Si no cumple requisitos de Ley, la incapacidad NO será objeto de liquidación ni pago. Si el rechazo es por soportes, la empresa debe radicar lo faltante por la oficina virtual de empleadores con el mismo número de certificado que fue rechazado

PD.: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008)

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Estado de Liquidación	Definición	Procedimiento a seguir
Liquidada	Incapacidad que ya fue validada y expedida por la EPS.	Si la incapacidad es mayor a dos días y no es con cargo a pensiones o riesgos laborales será pagada en un plazo de 20 días hábiles en la cuenta registrada por la empresa
Enviada a Tesorería	Incapacidad en proceso de pago	Si la incapacidad es mayor a dos días y no es con cargo a pensiones o riesgos laborales será pagada en un plazo de 20 días hábiles en la cuenta registrada por la empresa
Pagada	Incapacidad ya pagada al aportante	Validar el pago en la cuenta registrada ante la EPS Sanitas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Estado de Liquidación	Definición
Incapacidad de Origen Laboral	Incapacidad transcrita por la EPS Sanitas cuyo reconocimiento económico queda a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
Incapacidad de Origen General con acumulado entre 181 Y 540 días	Incapacidad transcrita por la EPS Sanitas y su reconocimiento económico queda a cargo de la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP).
Incapacidad inicial (no prórroga) de 1 y 2 días	Incapacidad que NO es objeto de liquidación o pago por parte de la EPS Sanitas y debe ser asumida por la empresa.

Señor usuario: El pago de incapacidades o licencias se hace por periodos causados (fracciones) una vez ingrese el pago de cotización al sistema de seguridad social en salud que corresponda a cada periodo.

Cordialmente,

EPS Sanitas
NIT. 900.251.449-6
PRESTACIONES ECONOMICAS

Sara Penagos.
Prestaciones Económicas
EPS SANITAS

PD.: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008)

SERVICIO SOCIAL "*CARMELITANO*"
PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

HISTORIA CLINICA No 062

IDENTIFICACION Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: ANA CRISTINA **Apellidos:** QUIROZ

Tipo de Identificación: **T.I.** [ ] **C.C.** [X] **No. Identificación:** 1085897930 **Fecha de Nacimiento:** 19/ABR/1986

Edad: 37 Años **Sexo** F [ ] M [X] **Estado Civil:** Casada

Departamento: Nariño **Ciudad:** Pasto **Escolaridad:** Profesional
Dirección: Clle 20A#3-12 Mercedes **Celular:** 3103805827 **Correo:** N/A
Ocupación: Asesora **E.P.S.**
Fecha inicio reposo: 16/11/2023 **Hora Ingreso** 09:30 AM **Fecha finaliza reposo** 23/11/2023 **Hora Egreso** 00:00 Am

Tipo de Consulta:	Primera vez		Control	X

Antecedentes psicológicos:

Trastorno del estado de ánimo con cuadro de Depresión, Ansiedad y Ataques de pánico por estrés laboral.

Enfermedad actual:

Paciente mayor de edad, quien se encuentra en tratamiento psicológico, a raíz de un trastorno del estado de ánimo comprendido con un cuadro depresivo y ansioso, por estrés laboral generado meses anteriores, además de las afecciones físicas como la fibromialgia, y problemas de columna, por el mismo evento presentado por el estrés laboral, refiriendo así la paciente que presenta ataques de pánico, donde se desencadena el cuadro ansioso y malestar físico cuando se refieren a su lugar de trabajo, presentando afecciones en su cuerpo como dolores musculares, sudoración, temblores, taquicardia, generando en la paciente malestar y desestabilidad emocional, el cual ya afectado su entorno personal, social y laboral, impidiendo en ella continuar con sus rutinas diarias.

Paciente en el momento medicada por la especialidad de psiquiatría y manejo del dolor con acuaterapias, para sobrellevar los dolores generados por el estrés laboral y el cual hasta el momento no se mira una mayor evolución, ya que la paciente cuando se encuentra en sesión psicológica, su postura refleja dolor y desesperanza a raíz de lo causado y mirar que la mejoría es momentánea y teme no poder recuperarse.

SERVICIO SOCIAL "*CARMELITANO*"
PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Diagnóstico:

Paciente mayor de edad, diagnosticada con trastornos del estado de ánimo depresivo y ansioso, a raíz de estrés laboral, lo cual ha venido deteriorando su estabilidad emocional y física, afectando así su entorno personal, social y laboral.

Paciente quien durante las sesiones manifiesta la raíz de su malestar emocional, automáticamente se dispara su ansiedad a tal punto de llegar nuevamente el desánimo y angustia; por lo que se requiere que la paciente continúe con tratamiento psicológico, ya que presenta deterioro en su estabilidad emocional.

Se continúan sesiones para manejo de trastornos de estado de ánimo en depresión y ansiedad.

Recomendación:

Se recomienda que paciente realice trabajo desde casa para no generar malestar emocional y físico; además de continuar con seguimiento psicológico y psiquiátrico para manejo de cuadro depresivo y ansioso por estrés laboral, reposo por ocho (8) días, dentro de los cuales la paciente deberá acudir a sesiones para control y seguimiento de estado emocional, el cual por momentos decae nuevamente y le genera malestar afectado su entorno familiar y social; dentro de las sesiones se trabajara ejercicios de relajación, respiración, manejo de pensamientos y emociones.
Se recomienda además la exposición a ruidos fuertes, que alteren su sistema nervioso, noticias negativas u cualquier otro motivo que le ocasionen alteraciones en su estado emocional.

Dra. Cindy K. Chamorro Díaz
Psicóloga
236022

Cindy Chamorro Díaz
Psicóloga
T.P. 236022

Fwd: 137222*bryanjati7@gmail.com*

Bryan Jativa <bryanjati7@gmail.com>
Mié 15/11/2023 10:56 AM
Para:danielo312@hotmail.com <danielo312@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (6 MB)
DERECHO DE PETICION ANNA QUIROZ.pdf;

---------- Forwarded message ---------
De: <porvenir@en-contacto.co>
Date: mar, 14 nov 2023 a la(s) 14:13
Subject: Fwd: 137222*bryanjati7@gmail.com*
To: <bryanjati7@gmail.com>

Bogotá D.C., noviembre 14 de 2023

Señor:
BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
bryanjati7@gmail.com

Ref. Solicitud recibida.
C.C 1085294986
T.N N/A

Apreciado Cliente:

Te informamos que hemos recibido tu solicitud hecha a través de nuestro canal Contacto Porvenir, realizaremos la validación y te estaremos informando acerca de tu requerimiento.

El tiempo de respuesta será entre tres y quince días hábiles máximo dependiendo de tu solicitud.Puedes hacerle seguimiento al estado de tus solicitudes radicadas en los últimos dos meses ingresando a www.porvenir.com.co sección utilidades de interés o en el código QR.

Le invitamos a utilizar nuestros canales digitales y la Línea de Servicio al Cliente para realizar sus consultas y trámites, evitando desplazamientos a las oficinas.

Este mensaje ha sido enviado por un sistema automático por lo cual agradecemos no responder.

Cordialmente,

Danny Esteban Pardo
Asesor linea de servicio al cliente
Porvenir S.A

1. No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 7434441 Ext. 77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica

2. Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet

3. Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera a Carrera 10 N° 97 A - 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita, o ingresando a https://www.porvenir.com.co/web/canales-de-servicio/defensor-delconsumidor-financiero

From: contactenosporvenir@en-contacto.co, CC: , To: porvenir@en-contacto.co; , On 14/11/2023 10:21 a. m., Contactenos Porvenir wrote:

¿Quién hace la solitud?:	Apoderado

Tipo de Documento:	CC
Número Documento:	1085294986
Nombre o razón social:	BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
Correo electrónico:	bryanjati7@gmail.com
Teléfono:	3153284884
Pais:	COLOMBIA
Departamento:	NARIÑO
Municipio:	PASTO
Dirección:	ED. PASTO PLAZO OFICINA 221
Asunto de Consulta:	Derecho de petición
Detalle de Consulta:	Realizar los exámenes clínicos tendientes a determinar pérdida de capacidad laboral de la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : Jueves, 23 noviembre 2023

FÓRMULA MÉDICA

EXTERNO

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

DATOS DEL INGRESO

Nº Historia Clinica: 1085897930
Fecha: 23/11/2023 7:34:03 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica
Nº Folio: 1 **Folio Asociado:**
Nº Ingreso: 2034
Causa Externa: Enfermedad_General

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19 abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 7 Meses / 4 Días
Dirección: LAS MERCEDE
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO
Grupo etnico: MESTIZO
Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS SANITAS S.A.S
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACUDIENTE

Nombre Acudiente:
Dirección Acud:
Teléfono Acud:
Nombre Acompañate:
Parentesco

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: N06AB0501 PAROXETINA 20 MG TABLETA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 120 CIENTO VEINTE
Concentracion: 20MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 60
Observaciones: tomar 1 tableta y media 8 pm
}
tratamiento para 2 meses

Medicamento: N03AX1601 PREGABALINA 150 MG CAPSULA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 150 MG **Unidad:** CÁPSULA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90
Observaciones: tomar 1 tab 6 pm

tratamiento para 2 meses

Total Items: 2

PERDOMO.

PERDOMO MARQUEZ DANIEL
RM: 1085246282

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : Jueves, 23 noviembre 2023

SOLICITUD DE SERVICIOS

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

DATOS DEL INGRESO

Nº Historia Clínica: 1085897930
Fecha: 23/11/2023 7:34:03 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica
Nº Folio: 1 **Folio Asociado:**
Nº Ingreso: 2034
Causa Externa: Enfermedad General

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 7 Meses / 4 Días
Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Dirección: LAS MERCEDE
Estado Civil: UnionLibre
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO
Teléfono: 3103805827
Grupo etnico: MESTIZO
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS SANITAS S.A.S
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACUDIENTE

Nombre Acudiente:
Dirección Acud:
Teléfono Acud:
Nombre Acompañate:
Parentesco

LISTADO DE SERVICIOS:

Servicio:	890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	**Cantidad:**	1	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	2 meses				
Servicio:	943102 - PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	**Cantidad:**	8	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	Se solicita sesiones por psicologia - 8 sesiones - una cada semana Se sugiere Terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, gestión emocional estructuración de proyecto de vida				

Medfam #936.

Total Items: 2

PERDOMO.

PERDOMO MARQUEZ DANIEL
RM: 1085246282

Control
2504702410

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

SGELPUDO - SONIA MARICEL
GELPUD ORTIZ

Powered by CamScanner

ATOS PERSONALES

Paciente	Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO		
dad en Atención	37 Años / 7 Meses / 4 Días	**Sexo** Femenino	
echa Nacimiento	19/04/1986	**Dirección** LAS MERCEDE	**Estado Civil** UnionLibre
Procedencia	SAN JUAN DE PASTO	**Ingreso** 2034	**Teléfono** 3103805827
Servicio Folio	701 - UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA	**Última Cama**	**Fecha Ingreso** 23/11/2023 7:34:03 a. m.
TOS DE AFILIACIÓN			**Fecha Egreso**
Entidad	EPS SANITAS S.A.S		
Acudiente		**Regimen** Contributivo	**Cotizante** **NIVEL** CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Acompañante		**Teléfono**	**Parentesco**
o N° 1		**Teléfono**	
	Profesional	DANIEL PERDOMO MARQUEZ	**Fecha grabación de folio** 23/11/2023 8:51

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

USA EXTERNA Enfermedad_General **FINALIDAD CONSULTA** No_Aplica **DX** F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

sta es una atención por teleconsulta? NO

nsentimiento informado

Declaro que he sido informado de la atención en salud mental en la modalidad de telemedicina, reglamentada por Ley 1419 en 2010 y la Resolución 5521 de 2013, y definida como "La provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica". Se me ha informado sobre las ventajas y riesgos (ausencia de exploración física completa, intermitencia en la comunicación, fallas técnicas, distorsión en el suministro de la información, pérdida del contacto directo entre médico y paciente) que implica una atención por telemedicina. Se me han despejado dudas y aclarado la información de manera suficiente y oportuna. Comprendo que toda la información suministrada y registrada en la historia clínica será manejada de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos, y el Decreto 1377 de 2013 para que los datos consignados en el sistema de información sean incorporados a una base de datos bajo la responsabilidad del Hospital San Rafael de Pasto.

ptación del consentimiento

servaciones de no aceptación

bjetivo

iente con diagnósticos anotados, en proceso de cambio de esquema farmacológico, refiere
iedad reactiva a estresores

de a control por fisiatría, continua con manejo analgésico

omnio de mantenimiento, hiporexia

de a sesiones por psicología mensuales

pende benzodiazepina

amen mental

ante la entrevista presenta actitud activa, colaboradora, de interés
ado de conciencia alerta, con respuesta adecuada al ambiente
ntada autopsiquica y alopsiquicamente
ntiene estado euproséxico, no se evidencia alteraciones sensoperceptivas ni fallas mnesicas
samiento de ritmo eupsiquico, sin alteraciones en la fluidez ni en la cohesión, lógico,
adecuado capital ideativo y nivel de abstracción, sin ideación obsesiva ni delirante
resiona clínicamente inteligencia promedio
ospección positiva, con conciencia de situación y enfermedad
io conservado, afecto triste

cuencia cardíaca **Frecuencia respiratoria** **Presión sistólica**

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
NIT 891200274 -2
PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Fecha Actual : Jueves, 23 n...

Paciente Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Procedencia SAN JUAN DE PASTO **Ingreso** 2034 **Fecha Ingreso** 23/11/2023 7:34:03 a. m.

Presión diastólica **Saturación de O2** **Temperatura**

Peso (Kg) **Talla (Cm)**

Analisis

paciente con síntomas residuales, se requiere aumento de dosis de ISRS, se ajusta dosis de pregabalina
rerquiere psicoterapia, se sugiere manejo connitivo-conductual - se evaluara ingreso a HDD segun evolucion

Plan

- Psicoeducación en higiene del sueño.
- Alimentación balanceada.
- Toma de medicación a horarios y dosis indicadas EN FORMULA MEDICA
- Incorporar actividades y rutinas diarias
- Asistir a controles programados por psiquiatría.
- Ejercicio 30 minutos diarios al menos 3 veces por semana

Se solicita sesiones por psicología - 8 sesiones - una cada semana
Se sugiere Terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, gestión emocional estructuración de proyecto de vida

Fecha estimada próximo control 1 mes

GESTIÓN DEL RIESGO

¿Paciente sintomático respiratorio? **¿Paciente sintomático de piel?**

¿Paciente víctima de violencia? **En caso de víctima de violencia,especifique**

DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10

CODIGO	NOMBRE	Principal	Ingreso	Egreso
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	☑	☑	☐

Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

	CANTIDAD	VIA	AMBITO
PAROXETINA 20 MG TABLETA			
Posologia: tomar 1 tableta y media 8 pm } tratamiento para 2 meses	120	Oral	Externo
PREGABALINA 150 MG CAPSULA			
Posologia: tomar 1 tab 6 pm tratamiento para 2 meses	90	Oral	Externo

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	2 meses
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Se solicita sesiones por psicología - 8 sesiones - una cada semana Se sugiere Terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, gestión emocional estructuración de proyecto de vida

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa

Powered by CamScanner

- Psicoeducación en higiene del sueño.
- Alimentación balanceada.
- Toma de medicación a horarios y dosis indicadas EN FORMULA MEDICA
- Incorporar actividades y rutinas diarias
- Asistir a controles programados por psiquiatría.
- Ejercicio 30 minutos diarios al menos 3 veces por semana

Se solicita sesiones por psicología - 8 sesiones - una cada semana
Se sugiere Terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, gestión emocional estructuración de proyecto de vida

RECOMENDACIONES MEDICO PSIQUIATRICAS PARA EL EMPLEADOR

PACIENTE DE 37 AÑOS

DIAGNOSTICOS: F412

SE CERTIFICA QUE ACTUALMENTE PRESENTA PATOLOGIA PSIQUIATRICA QUE REQUIERE MANEJO PSICOFARMACOLOGICO Y PSICOTERAPEUTICO POR INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS

SE ESPECIFICA QUE EL PADECIMIENTO AGUDO DE LA PACIENTE LIMITA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y LABORAL, VIENDOSE AFECTADA SU CAPACIDAD PARA CUMPLIR CIERTAS FUNCIONES LABORALES. DICHA LIMITACION LABORAL ES DE CARACTER TEMPORAL Y SE EPERA REVERTIR CON EL TRATAMIENTO

SE RECOMIENDA:

- FAVORECER UN AMBIENTE LABORAL TRANQUILO, NO ESTAR EXPUESTO A SITUACIONES DE GRAN ESTRÉS NI TENSIÓN

- ASIGNAR FUNCIONES CLARAS, ESPECIFICAS Y CONSTANTES QUE SEAN DEL MANEJO DEL PACIENTE

- EVITAR LOS CAMBIOS ABRUPTOS DE FUNCIONES LABORALES

- HACER PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS

- EVITAR LA REALIZACION DE TURNOS NOCTURNOS POR LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACION

- PERMITIR ASISTENCIA A CITAS Y TERAPIAS

- EN CASO DE REQUERIR LLAMADOS DE ATENCIÓN ÉSTOS SEAN EMPÁTICOS, ASERTIVOS Y RESPETUOSOS.

- EVITAR BLOQUES DE TRABAJO SUPERIORES A DOS HORAS, 10 MINUTOS DE DESCANSO ENTRE PERÍODOS.

RECOMENDACIONES VÁLIDAS POR 3 MESES, SE IRÁN AJUSTANDO DE ACUERDO A EVOLUCIÓN.

PERDOMO.

DANIEL PERDOMO MARQUEZ
1085246282 PSIQUIATRÍA

"Súmese al cuidado de su salud mental"

La familia es un pilar fundamental en la recuperación y proceso terapéutico de los pacientes, brindando acogida, buen trato y participando activamente en la atención, asistencia y cuidado del paciente. Para ello tenga en cuenta:

Powered by CamScanner

Tome los medicamentos diariamente en el horario y la cantidad prescrita por su médico. NO realice cambios en la formulación, podría recaer en la enfermedad o presentar síntomas inesperados. Si está siendo manejado por otros especialistas, informe los medicamentos que recibe.
Asista a los controles de psiquiatría y psicología, según orden médica.
Gestione las autorizaciones de los ordenamientos ante su EPS, programe de forma oportuna las citas médicas, tramite las ayudas diagnósticas (exámenes) con antelación y presente los resultados en las citas médicas de control.
Establezca un horario para descansar procurando que sean mínimo 8 horas de sueño cada noche y mantenga este horario regularmente.
Tenga una alimentación saludable, disminuyendo el consumo de alimentos ricos en azúcar o grasas saturadas. Ingiera una cena liviana para facilitar la conciliación del sueño.
Motívese a participar de actividades deportivas o realice ejercicio físico diariamente en compañía de algún miembro de la familia, ya que ésta práctica le permite liberar tensiones y mejorar el estado de ánimo.
Realice alguna actividad laboral y/o vincúlese a actividades académicas. Si no es posible intente ejercitar sus habilidades en otras prácticas.
Favorezca el desarrollo de alguna habilidad personal de su gusto, como interpretación musical, canto, baile, teatro, jardinería, disciplina deportiva, lectura, escritura, pintura, dibujo, manualidades, entre otros; esto fortalece sus habilidades cognitivas.
Mantenga rutinas diarias relacionadas con actividades de autocuidado y de apoyo en casa. Tareas como levantarse a una hora fija, bañarse, arreglar sus objetos personales, colaborar con la organización del hogar, lavar y organizar su ropa, contribuirá a ejercitar sus habilidades, a disminuir los periodos de inactividad y a fortalecer sus hábitos y rutinas.
Reintégrese poco a poco en las actividades sociales con el apoyo de la familia o cuidadores, el tiempo que se comparte en familia puede llegar a ser un factor de protección de una posible recaída y puede contribuir a mejorar las relaciones familiares.
Reconozca los signos de alarma como: Agitación, sentirse fácilmente irritable, depresión y llanto incontrolable, insomnio, diarrea, taquicardia, náuseas, alucinaciones, ansiedad, temblores, pesadillas, alteración en el apetito (disminución o aumento) y sudoración excesiva. Ante estos signos consulte nuevamente a cualquier institución de salud.

"Si usted considera o presume que sus derechos están siendo vulnerados o es víctima de cualquier tipo de violencia comuníquese a la línea 123 de la Policía Nacional o reciba información en la Comisaria de Familia, Personería Municipal, Defensoría del Pueblo, Procuraduría Regional, ICBF, entre otras."

Powered by CamScanner

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad General

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Identificacion:** 1085897930 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 7 Meses / 4 Dias **Estado Civil:** UnionLibre

Dirección: LAS MERCEDE **Teléfono:** 3103805827

Procedencia: SAN JUAN DE PASTO **Ocupación:**

Grupo etnico: MESTIZO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS SANITAS S.A.S **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO **Nivel - Estrato:** CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACUDIENTE

Nombre Acudiente: **Teléfono Acud:**

Dirección Acud: **Parentesco**

Nombre Acompañate:

LISTADO DE SERVICIOS:

Servicio:	890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	**Cantidad:**	1	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	2 meses				
Servicio:	943102 - PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	**Cantidad:**	8	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	Se solicita sesiones por psicología - 8 sesiones - una cada semana Se sugiere Terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, gestión emocional estructuración de proyecto de vida				

Medfam #936

Total Items: 2

Powered by CamScanner

FORMATO DE FIRMAS USUARIO	Código	Vigencia
	AT-FO-004	
	Versión	2018/09/03
	01	

I.P.S. Kinesis S.A.S.
MUEVE TU VIDA!
NIT. 900.197.094-2

Nombre: Anna Quiroz
Identificación 1085879730
Entidad: Sanitas

No.	Fecha	Firma
1	18/03	Cristina Quiroz.
2	9.4	Cristina Quiroz
3	11.4	No
4	25.4	Cristina Quiroz 4
5	3 5	No
6	6 5	No
7	7 5	Cristina Quiroz.
8	14 5	Cristina
9		
10	1	

Nombre Terapeuta _____ Identificación _____ Reg. _____

Powered by CamScanner

FORMATO DE FIRMAS USUARIO	AT-FO-004	
	Versión	2018/09/03
	01	

I.P.S. Kinesis S.A.S.
MUEVE TU VIDA!
NIT. 900.197.094-2

Nombre: Anna Quiroz
Identificación 1085927930
Entidad: sanitas

No.	Fecha	Firma
1	1. 02. 24	CRISTINA QUIROZ
2	02-02-24	CRISTINA QUIROZ
3	08-02-24	CRISTINA QUIROZ.
4	09.02	CRISTINA QUIROZ
5	12.02	CRISTINA QUIROZ
6	23.02	CRISTINA QUIROZ
7	01. 3	CRISTINA QUIROZ
8	04 3	NO
9	05. 3	CRISTINA QUIROZ
10	11. 3	CRISTINA QUIROZ.

Nombre Terapeuta _____ Identificación _____ Reg. _____

Powered by CamScanner

1	27.5	5	
2	31.5	5	
3	13.6	5	Christian
4	14.6	5	
5	20.6	5	
6	21.6	5	
7	27.6	5	Christian
8	28.6	5	
9			
10			
11			
12			
13			

14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8230908

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
26/10/2023, 09:33:58
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F419 Trastorno de ansiedad , no especificado .
Otro(s) diagnóstico(s): R51X,F510.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 26/10/2023 - Hasta: 28/10/2023

MÉDICO

Andrea Arroyo Paz
Médico General
Reg: 5567

Dolly Andrea Arroyo Paz - Medicina General
CC 36754135 - RM. Registro médico 36754135

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S
NIT. 900243869-5
Calle 12 No. 32-58
Callcenter - 7244304
Pasto - Nariño

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000911439
Cod. Habilitación: 520010145701
Dirección: Kra 20 No 19B-22
Teléfono: 7201372

INCAPACIDAD MEDICA

Fecha de impresión: 18/11/2023 **Hora:** 0:05.28 **Sexo:** Femenino **Fecha de Naci:** 15/04/1986
Fecha del Registro: 18/11/2023 **Hora:** 00:03:48 **Régimen:** Contributivo **Edad:** 37 años
Paciente: CC - 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Dirección: 0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES **Teléfono:** 3103805827
MédicoTratante: JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ **Identificación:** 1085317195
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Administradora: EPS005 - EPS SANITAS
Profesion: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Ciudad: Pasto **Estado Civil:** Soltero **Lugar Nacimiento:** PASTO

Número - Ingreso: INC40358 **Prorroga:** NO
Servicio: Servicios Ambulatorios
Fecha Incapacidad: **Desde:** 17/11/2023 **Hasta:** 18/11/2023 **Dias:**

Servicio: Hospitalizacion
Fecha Incapacidad: **Desde:** **Hasta:** **Dias:**
Diagnóstico: F412: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Modalidad Prestacion Servicio:
Intramural

Presunto Origen de la Incapacidad:
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION + CEFALEA VASCULAR + CONTRACTURA MUSCULAR

Causa que motiva la atencion:
VER HISTORIA CLINICA

Incapacidad Retroactiva:

INCAPACIDAD POR:

OBSERVACIONES:

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
Registro: 1085317195

Reporte Generado por SIOS de SYSNET LTDA

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

REIMPRESIÓN INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8053200

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
11/09/2023, 09:12:05
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F419 Trastorno de ansiedad , no especificado .
Otro(s) diagnóstico(s): F412.
Días de incapacidad: 5 día(s)

Desde: 11/09/2023 - Hasta: 15/09/2023

MÉDICO

Francisco Javier Hernandez Ortega- Medicina General
CC 1026586793 - RM. Registro médico 1026586793

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Dr. Francisco Hernandez O.
Médico-U.C.C
Reg. 1.026.586.793

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº81411

Fecha de Registro: 08/09/2023

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:
Médico: JHONNATAN ZUÑIGA JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
Información Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 37 Años / 4 Meses / 20 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad: EPS005 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cama:

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 2 **Fecha Inicial:** 08/septiembre/2023 **Fecha Final:** 09/septiembre/2023
Tipo Incapacidad: Ninguna **Grado:** Ninguno **Procedimiento:** Ambulatorio
Motivo: Expedicion_Directa **Clase:** Inicial **Grupo de Servicios:** ConsultaExterna
Modalidad Prestación: Intramural **Presunto Origen:** Comun
Causa que motiva la atención: **Incapacidad Retroactiva:** Urgencias
Fecha Probable de Parto: **Edad Gestacional:** **Embarazo Múlltiple:** False
Número de Nacidos Vivos: **Número certificado nacido vivo:**
Diagnóstico: F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
INCAPACIDAD DEL DIA DE HOY Y MAÑANA

Profesional JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
Especialidad 385 - MEDICINA GENERAL
Identificación 1085310145 **Tarjeta Profesional** 1085310145

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023

JHONNATAN ZUÑIGA

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8317154

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
20/11/2023, 08:28:52
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresion .
Otro(s) diagnóstico(s): M797,M545.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 20/11/2023 - Hasta: 22/11/2023

MÉDICO

MEDICO
1085299091

Edgar Fabian Jossa Delgado - Medicina General
CC 1085299091 - RM. Registro médico 1085299091

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S
NIT 900243869 - 0
Calle 12 No. 32 - 58 1er Piso
Pasto - Nariño

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8317154

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
20/11/2023, 08:28:52
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresion .
Otro(s) diagnóstico(s): M797,M545.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 20/11/2023 - Hasta: 22/11/2023

MÉDICO

MEDICO
1085299091

Edgar Fabian Jossa Delgado - Medicina General
CC 1085299091 - RM. Registro médico 1085299091

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S
NIT 900243869-0
Calle 12 No. 32 - 58 1er Piso
Pasto - Nariño

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8297916

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 3[illegible] - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 37 Años

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
14/11/2023, 16:34:22
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F413 Otros trastornos de ansiedad mixtos .
Otro(s) diagnóstico(s): M541.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 14/11/2023 - Hasta: 16/11/2023

MÉDICO

Nury Andrea Coral
MEDICO
Reg. [illegible] 522327

Nury Andrea Coral Rosero - Medicina General
CC 1085250875 - RM. Registro médico 1085250875

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S
NIT 900243[illegible] - 0
Calle 12 No. 3[illegible] - 58 Int. Piso
Pasto - Nariño

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : miércoles, 06 marzo 2024

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº404

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 06/marzo/2024 09:45 a. m. Lugar expedición:
Médico: 32908799 DIANA CAROLINA QUIÑONES CAICEDO
Información Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 37 Años / 10 Meses / 17 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad: EPS005 EPS SANITAS S.A.S

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 30
Grupo de servicios: ConsultaExterna
Diagnostico Principal: F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Presunto Origen: Comun
Causa motiva atención:

Fecha Inicial: 06/marzo/2024 **Fecha Final:** 04/abril/2024
Modalidad: Intramural
Diagnostico Relacionado:
Prorroga: No
Incapacidad retroactiva: Urgencias

Paciente con dx anotados en el momento con estado afectivo no desbordante. con incapacidad hasta el 05/03/24 labora en la ciudad de Popayán por lo que se indica incapacidad por 30 días para que pueda cumplir sus asistencia y los objetivos de la unidad. con cambio de horario de medicación con mejor regulación del sueño

QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
RM: 32908799

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 05 abril 2024

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº508

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	05/abril/2024 10:06 a. m.	Lugar expedición:			
Médico:	32908799	DIANA CAROLINA QUIÑONES CAICEDO			
Información Paciente:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO		**Tipo Paciente:**	Contributivo	**Sexo:** Femenino
Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía	**Número:** 1085897930	**Edad:**	37 Años / 11 Meses / 17 Días	**F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad:	EPS005	EPS SANITAS S.A.S			

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad:	20	**Fecha Inicial:**	05/abril/2024	**Fecha Final:**	24/abril/2024
Grupo de servicios:	Internacion	**Modalidad:**	Intramural		
Diagnostico Principal:	F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	**Diagnostico Relacionado:**			
Presunto Origen:	Comun	**Prorroga:**	No		
Causa motiva atención:		**Incapacidad retroactiva:**	Ninguna		

se indica incapacidad por 20 dias para que logre cumplir actividades en el programa.

QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
RM: 32908799

Usuario: DQUIÑONESC

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : jueves, 25 abril 2024
1/1

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº588

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 25/abril/2024 10:16 a. m. Lugar expedición:
Médico: 32908799 DIANA CAROLINA QUIÑONES CAICEDO
Información Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 38 Años / 0 Meses / 6 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad: EPS005 EPS SANITAS S.A.S

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 6
Fecha Inicial: 25/abril/2024 **Fecha Final:** 30/abril/2024
Grupo de servicios: Internacion
Modalidad: Intramural
Diagnostico Principal: F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Diagnostico Relacionado:
Presunto Origen: Comun
Prorroga: No
Causa motiva atención:
Incapacidad retroactiva: Urgencias

QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
RM: 32908799

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

Usuario: DQUIÑONESC

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : martes, 30 abril 2024
1/1

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº603

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	30/abril/2024 09:44 a. m.	Lugar expedición:			
Médico:	32908799	DIANA CAROLINA QUIÑONES CAICEDO			
Información Paciente:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO		**Tipo Paciente:**	Contributivo	**Sexo:** Femenino
Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía	**Número:** 1085897930	**Edad:**	38 Años / 0 Meses / 12 Días	**F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad:	EPS005	EPS SANITAS S.A.S			

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad:	3	**Fecha Inicial:** 30/abril/2024	**Fecha Final:** 02/mayo/2024
Grupo de servicios:	Internacion	**Modalidad:** Intramural	
Diagnostico Principal:	F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	**Diagnostico Relacionado:**	
Presunto Origen:	Comun	**Prorroga:** No	
Causa motiva atención:		**Incapacidad retroactiva:** Ninguna	

QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
RM: 32908799

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

Usuario: DQUIÑONESC

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 38 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8957180

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
14/05/2024, 07:37:45
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: G432 Estado migrañoso .
Otro(s) diagnóstico(s): Q878.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 14/05/2024 - Hasta: 16/05/2024

MÉDICO

Dra. Sandra Milena García
Medico
REG. 522065

Sandra Milena Garcia Palacios - Medicina General
CC 59311527 - RM. Registro médico 59311527

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S.
NIT. 900243869-0
Calle 18A No. 13-25
Callcenter - 7244304
Pasto - Nariño

- Impreso: 14/05/2024, 07:49:44
Firmado Electrónicamente

Original Impresión realizada por: sandmgarcia

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 38 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 8973664

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
17/05/2024, 08:04:46
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F413 Otros trastornos de ansiedad mixtos .
Otro(s) diagnóstico(s): M797,G433.
Días de incapacidad: 2 día(s)

Desde: 17/05/2024 - Hasta: 18/05/2024

MÉDICO

Luis Eduardo Narvaez Diaz - Medicina General
CC 87552152 - RM. Registro médico 87552152

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

MEDFAM S.A.S
NIT: 900243869-0
Calle 12 N° 32-58
Call center: 7244304
Pasto - Nariño

- Impreso: 17/05/2024, 08:17:31

Original Impresión realizada por: lenarvaez

Firmado Electrónicamente

Powered by CamScanner

Hispano América

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº96359

Fecha de Registro: 21/05/2024

INFORMACIÓN GENERAL

Médico: GINETH BENAVIDES SANDRA GINETH BENAVIDES CASTILLO
Información Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 38 Años / 1 Meses / 2 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad: EPS005 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cama:

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 3 **Fecha Inicial:** 21/mayo/2024 **Fecha Final:** 23/mayo/2024
Tipo Incapacidad: Ninguna **Grado:** Ninguno **Procedimiento:** Ambulatorio
Motivo: Expedicion_Directa **Clase:** Inicial **Grupo de Servicios:** ConsultaExterna
Modalidad Prestación: Intramural **Presunto Origen:** Comun
Causa que motiva la atención: **Incapacidad Retroactiva:** Ninguna
Fecha Probable de Parto: **Edad Gestacional:** **Embarazo Múltiple:** False
Número de Nacidos Vivos: **Número certificado nacido vivo:**
Diagnóstico: M791 MIALGIA
MIALGIA Y CRISI DE ANSIEDAD - DEPRESION

Sandra Benavides C.
MEDICO GENERAL
R.M. 52-5099

Profesional SANDRA GINETH BENAVIDES CASTILLO **Tarjeta Profesional** 59814193
Especialidad 385 - MEDICINA GENERAL
Identificación 59814193

GINETH BENAVIDES

Fecha Actual : martes, 21 mayo 2024

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Calle 12 No. 32 - 58.Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 38 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 9010769

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
27/05/2024, 10:05:18
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F419 Trastorno de ansiedad , no especificado .
Otro(s) diagnóstico(s): M541,F412.
Días de incapacidad: 5 día(s)

Desde: 27/05/2024 - Hasta: 31/05/2024

MÉDICO

Dr. Francisco Hernandez O.
Médico-U.C.C
Reg. 1.026.586.793

Francisco Javier Hernandez Ortega - Medicina General
CC 1026586793 - RM. Registro médico 1026586793

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

- Impresó: 27/05/2024, 10:32:41
Firmado Electrónicamente

Original Impresión realizada por: franjhernandez

Powered by CamScanner

I.P.S. UNIDAD MEDICA LTDA.

Una Familia de Salud para su Salud

Fecha: 06.06.24

Nombre: Ana Rosa Rojas

Teléfono: 1088857530

℞

Consulta Particular
Dermatologia
Medicina General
Medicina Familiar
Pediatría
Traumatologia
Terapia de Lenguaje
Terapia Ocupacional
Odontologia
Psicología
Medicina Alternativa
Cirugía General
Salud Ocupacional
Exámenes Médico Ocupacionales

Dx - Ansiedad severa
- Depresión severa
- Hernia Discal L4 L5

Incapacidad de 06 - Seis Días
desde 05/06/2024.

Alvaro Tobar Woodcock
Reg. 1498767
Especialista Medicina Familiar
C.C 13.008.394

Cra. 10 N° 4A - 26
Tel.: 7733354
Ipiales - Nariño

Powered by CamScanner

CARRERA 34 13-80 BARRIO SAN IGNACIO SAN JUAN DE PASTO

TELEFONO: 6027238141, CEL 3053560651

CONCEPTO MEDICO NEUROLOGIA

NOMBRE PACIENTE: ANA CRISTINNA QUIROZ ROSERO

CEDULA: 108589793

EDAD: 38 años

FECHA: 12/06/24

EVOLUCION: Paciente asiste a consulta medica sola , con cuadro clínico desde hace 3 años .pretexto acoso laboral se inicia con síntomas como trastorno del sueño , trastorno de la memoria, cefalea mas dolor cervical, depresión y ansiedad . la Paciente refiere cuadro cervical se inicia con dolor agudo lancínate a veces pesantes 10/10 que no mejora con analgésicos de acción periférica y central en región cervical con irradiación brazos y región dorsal, se asocia a parestesias y disestesias en la misma región .Ademas dificultad para recordar las cosas, sitios y no reconoce a personas conocidas ,con cambios en el humor y dificultad para evocar hechos recientes, extravía los elementos de uso cotidiano, le cuesta tomar decisiones , concentrarse, dificultad para recordar y no encuentra la palabra correcta , en el dialogo pierde el hilo de la conversación, se olvidaba de las tareas del trabajo, Con mal patrón de sueño de conciliación y reconciliación con múltiples despertares se despierta con dolor , duerme 4 horas en la noche, al día siguiente somnolencia, ansiosa, cansada. Además cefalea tipo pulsátil bifrontal de gran intensidad 10/10 episódica dura horas,inter diaria, con aura fotopsias, se asocia nauseas y se desencadena por estrés, olores y cambios de t°, refiere eventos de perdida de la conciencia dura 3minutos de tipo atonica, con relajación de esfínteres,pos ictal cefalea,mas trastorno de ansiedad y depresión en manejo pos psiquiatría ,Paciente con evolución tórpida con cuadros de agudización sin mejoría que afecta el desempeño de las actividades de la vida diaria.

EXAMEN NEUROLOGICO :Paciente asiste a la consulta sola, paciente algica, con actitud deprimida ,afecto plano , con presentación adecuada al contexto , con buen contacto visual y verbal , alerta ubicada en persona tiempo y espacio ,bradisiquia, ,lenguaje bien articulado, nomina repite, bien fluido la memoria de fijación alterada y evocación conservada , juicio, raciocino y abstracción conservada ,apertura ocular espontanea, reflejos pupilares y fundoscopia y oculomotilidad conservada tinnitus mas hipoacusia bilateral, fuerza conservada en las 4 extremidades, tono normales, rmp flexor bil no signos meníngeos, pruebas cerebelosas pie y marcha conservada, sensibilidad y superficial normales

ANTECeDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: cervicalgia, radiculopatia y discopatia lumbar, esoliosis dorsal, fibrimialgia, colon irritable, trastorno de ansiedad y depresión

EXAMANES COMLEMENTARIOS:

02/05/24 informe neuropsicología-trastorno neurocognitivo multidominio que compromete la memoria y funciones ejecutivas

15/05/24-polisomnografia-disminucion de la eficiencia de sueño especialmente sueño REM.

02/04/24 Resonancia magnética cervical simple- malformación arnold chiari tipo I

ss- video eeg de 6 horas,lc- neurocirugia

ANALISIS: Paciente con diagnóstico cervicalgia ,mas trastorno cognitivo leve ,,insomnio. Cefalea primaria mixta tensional y migrañosa,más trastorno de ansiedad y depresión ,mas comorbilidades, lo cual compromete y limita las actividades motrices e instrumentales y de las actividades de la vida diaria.

PRONOSTICO: Por lo anterior paciente se encuentra comprometida su funcionalidad neurológica y con afectación psiquiatrica, con dependencia de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria. Por su evolución su estado de salud se encuentra limitada para realizar las actividades que tiene a su cargo .

Paciente debe continuar con tratamiento médico y terapias como lo indiquen las especialidades médicas tratantes.
TRATAMIENTO: mamantina atb 20mg dia, ezsopiclona tab3 mg noche. Pregabalina cap 75mg noche.control 1mes.

JOSE ANTONIO ZAMBRANO ARTEAGA

NEUROLOGO CLINICO RM: 7485/94

Dr. José Antonio Zambrano A.
NEUROLOGO CLINICO
R.M. 7485

Powered by CamScanner

Unidad de Fisiatría
Medicina Electrodiagnóstica & Dolor

Fernando Alirio Enriquez Torres
Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Nacional de Colombia
Cra 42 No.18A-94 Of. 507 Tel.7315099 Cel.300 7780586
C.C. Valle de Atriz - San Juan de Pasto

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

No. H. C.	1085897930	**FECHA**	18/jun./2024
PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	**DOC. ID.**	CC - 1085897930
SERVICIO	AMBULATORIO	**CAMA**	

FECHA	DESCRIPCION	PROFESIONAL
09/05/2024 10:25	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, EL PROPOSITO PRINCIPAL, CAUSAS Y RIESGO DEL PROCEDIMIENTO EL PACIENTE ACEPTA Y REFIERE SENTIR DOLOR DE 10/10 EN EVA EL CUAL ES CONSTANTE Y SE IRRADIA HACIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE PARESTESIAS, SE INICIA PRIMERA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE HERNIA DISCAL; PESO DEL PACIENTE 66.8KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
10/05/2024 08:41	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA SEGUNDA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE HERNIA DISCAL; PESO DEL PACIENTE 67KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
14/05/2024 08:46	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA TERCERA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE HERNIA DISCAL; PESO DEL PACIENTE 66KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS. REFIERE SENTIR AUMENTO DE DOLOR EN ZONA LUMBAR Y MIEMBRO INFERIOR DERECHO, IGUALMENTE EN CUELLO Y DOLOR DE CABEZA.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
15/05/2024 10:26	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA CUARTA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 66KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
17/05/2024 08:55	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE	FISIOTERAPIA

Powered by CamScanner

	BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA QUINTA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 66KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	ESPAÑA ACOSTA JUANITA
22/05/2024 08:31	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA SEXTA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 68KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
23/05/2024 08:46	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA SEPTIMA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 68KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
24/05/2024 08:35	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA OCTAVA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 68KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
27/05/2024 09:31	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA NOVENA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 68KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
28/05/2024 08:55	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA DECIMA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 69KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA

Powered by CamScanner

	RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	
29/05/2024 08:40	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA ONCEAVA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 70KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
30/05/2024 08:39	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA DECIMA SEGUNDA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 70KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
04/06/2024 08:47	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA DECIMA TERCERA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON SEMIFLEXION DE RODILLAS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 70.5KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIATRIA ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
05/06/2024 08:40	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. SE INICIA DECIMA CUARTA SESION CON EQUIPO DE CAMILLA DE DESCOMPRESION VERTEBRAL NIVEL L4-L5, EN POSICION SUPINA CON FLEXION DE RODILLAS A 90 GRADOS, PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR; PESO DEL PACIENTE 70.5KG, FUERZA MAXIMA INICIAL 30.1KG, VELOCIDAD INICIAL 20%, TIEMPO DE CALENTAMIENTO: 20M.S, TIEMPO DE ENFRIAMIENTO 15M.S. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.	FISIOTERAPIA FLOREZ JIMENEZ YINNA VANESSA

DR. FERNANDO ALIRIO ENRIQUEZ TORRES R.M.52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C. 1085897930 - 178626 **FECHA** 18/06/2024 08:40

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	**DOC. ID.**	CC1085897930
LUGAR NAC.		**FEC. NAC.**	19/04/1986
E. CIVIL		**EDAD**	38 Años
OCUPACIÓN	OTRA ACTIVIDAD NO CLASIFICADA	**SEXO**	FEMENINO
CIUDAD	PASTO	**BARRIO**	URBANO (Urbana)
DIRECCIÓN	PASTO	**TELÉFONO**	3103805827
ESTRATO	Contributivo cotizante	**GS - RH**	5
ACUDIENTE	N	**TELÉFONO**	N
EMPRESA	EPS SANITAS SAS NIT. 800251440-6		

MOTIVO CONSULTA	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. OCUPACION. ASESORA COMERCIAL PROCEDENTE DE PASTO CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE ASISTE A CONSULTA . REFIERE DOLOR GENERALIZADO A NIVEL POLIARTICULAR DE INICIO EN MARZO 2023, DOLOR MIEMBROS SUPERIORES, Y MIEMBROS INFERIORES. MANEJO DE MEDICINA GENERAL, MANEJO DE URGENCIAS, MEDICINA INTERNA. MANEJO TRAMADOL, AINES. EN MANEJO POR PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA , MEDICINA DEL DOLOR, FISIATRIA. ACTUALMENTE REFIERE CEFALEA, DOLOR CERVICAL, DOLOR DORSAL, DOLOR LUMBAR. REALIZO TERAPIA FISICA 50 SESIONES . HIDROTERAPIAS 80 SESIONES . REALIZO TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE. MANIFIESTA QUE LE REALIZARON DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA. FIBROMIALGIA. REQUIERE RNM DE COLUMNA CERVICAL, VALORACIOPN POR REUMATOLGIA . VALORACION POR NEUROLOGIA POR CEFALEA . VALORACION POR PSIQUIATRIA .VALORACION POR MEDICINA DEL DOLOR . PARACLINICOS DE AR . TSH ,. GLICEMIA. CPK , ALDOLASA . TERAPIA FISICA PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA Y ACONDICIONAMIENTO FISICO . PREGABALINA 25 MG . CODEINA 8 MG . CONTROL CON RESULTADOS.

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

P. ARTERIAL	120/80	**PULSO**	79	**F. RESPIRATORIA**	19	**TEMPERATURA**	36.5	**PESO**		**TALLA**	
E. FISICO		12/18 PUNTOS GATILLO PARA FIBROMIALGIA .									

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : DOLOR EDE HOMBROS , CODOS Y PUÑOS
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : DOLOR DE CADERAS , RODILLAS Y TOBILLOS .
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : DOLOR EN PARAESPINALES CERVICALES, DORSALES Y LUMBARES
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : HOFFMAN +. REFLEJOS SIMETRICOS . FM 5/5

EVALUACION PARACLINICOS	Rnm de columna lumbosacra del 27/01/2024 disminucion de intensidad de señal del disco intervertebral l4-l5. extrusion posterocentral con migracion cefalica del contomo discal l4l5 que contacta y comprime el contomo ventral del saco dural, contacta y desplaza raiz nerviosa de l5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices l4 bilaterales amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones. edx del 17 de octubre del 2023 con estudio normal. sin evidencia electrofisiologica de neuropatia, polineuropatía, de radiculopatia cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrinseca de la fibra muscular. rnm cerebral del 02 de abril del 2024 con hallazgos con malformacion chiari tipo i
DX PRINCIPAL	M511 - Trastorno de disco lumbar y otros- con radiculopatia
TIPO DX	Confirmado repetido
CAUSA EXTERNA	Enfermedad general
RELACIONADO 1	M519 - Trastornos de los discos intervertebrales- no especificado

Powered by CamScanner

RELACIONADO 2	M255 - Dolor en articulacion
RELACIONADO 3	M791 - Mialgia
DIAGNOSTICO CLINICO	Dolor cronico de dificil manejo , dolor poliarticular, fibromialgia,cefalea, dolor cervical , dorsal y lumbar mecanico , transtorno de ansiedad y depresion .
ANALISIS Y PLAN	Se dan indicaciones y recomendaciones preventivas, se explica ampliamente a la paciente refiere entender y aceptar control por fisiatria . m

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CANTIDAD
890364	Consulta de control por fisiatria, OBSERVACION: Con resultados	18/06/2024 09:30	1
902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - vsg]	18/06/2024 09:30	1
902210	Hemograma iv [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático+	18/06/2024 09:30	1
903895	Creatinina en suero u otros fluidos	18/06/2024 09:30	1
904902	Hormona estimulante del tiroides [tsh]	18/06/2024 09:30	1
906440	Nucleares, anticuerpos [ana] por eia +	18/06/2024 09:30	1
906466	Citrulina anticuerpos [anti péptido cíclico citrulinado] semiautomatizado o automatizado	18/06/2024 09:30	1
906910	Factor reumatoideo [r.a.] cuantitativo por nefelometría +	18/06/2024 09:30	1
906913	Proteína c reactiva, cuantitativo de alta precision +	18/06/2024 09:30	1
907106	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria +	18/06/2024 09:30	1
883210	Resonancia nuclear magnetica de columna cervical simple §, OBSERVACION: Simple	18/06/2024 09:27	1
890274	Consulta de primera vez por especialista en neurología, OBSERVACION: Por cefalea	18/06/2024 09:27	1
890284	Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría	18/06/2024 09:27	1
890288	Consulta de primera vez por especialista en reumatología	18/06/2024 09:27	1

INDICACIONES

Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
"PREGABALINA CAP 25 MG
, CANTIDAD 90 NOVENTA
, TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE
, FORMULA POR 90 DIAS
"

Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
"CODEINA MAS ACETAMINOFEN TAB 8/325MG
, TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS
, CANTIDAD 60 SESENTA
, FORMULA POR 30 DIAS
"

ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
R.M. 52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

Centro Cardiopulmonar Pasto

Polisomnografía Basal Con Oximetría

Nombre: QUIROZ ROSERO, ANNA CRISTINA	D.I. No: 1085897930	Edad: 38 años	IMC:25.5 kg/m²
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986	Fecha de Estudio: 15/05/2024	Genero: F	Cuello: 35 CM
Entidad de Salud: SANITAS	Estatura: 162.0 cm	Peso: 67.0 kgs	Epworth: 13/24

DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

El 15/05/2024 en el **Centro Cardiopulmonar Pasto** se llevó a cabo un estudio polisomnográfico utilizando un equipo Alice 6 de Phillips Respironics. Este dispositivo permitió la captura de diversas variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias, incluyendo electroencefalografía, electrooculografía, electromiografía de mentón y piernas, movimiento toracoabdominal, electrocardiografía, evaluación de flujo con termistor y cánula de presión nasal, pulsioximetría, así como la detección de ronquidos y la posición del paciente durante el sueño.

I. ANÁLISIS DE PARÁMETROS DEL SUEÑO:
Se procedió a realizar una lectura manual de las diversas variables, siguiendo las recomendaciones establecidas en el Manual de Calificación de Sueño y Eventos Asociados de la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) versión 3.0.

Eficiencia del Sueño: Durmió 295.5 minutos de los 385.5 minutos que permaneció en cama lo que nos da una eficiencia de 76.7 % (rango normal de 85% o más para adultos)
Latencia del Sueño: El tiempo que transcurrió desde el momento en que se apaga la luz hasta que el paciente se duerme fue de 34.8 minutos. (Latencia normal en adultos es de 10 a 30 min).
Latencia del Sueño R: El tiempo transcurrido desde el comienzo del sueño NREM y la primera época de sueño REM fue de 89.5 minutos. (Tiempo normal en adultos es de 90 a 120 min).
Distribución de las fases del sueño: El porcentaje de sueño REM observado en el presente estudio fue del 15.4 % (porcentaje normal del 20% al 25%). El porcentaje de sueño N3 se observó en el 6.9 % (porcentaje normal del 15% al 20%).

II. ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS RESPIRATORIOS:
Eventos obtenidos: El índice eventos respiratorios asociados al sueño se estimó en 4.1/hora.
Saturación de Oxígeno: La desaturación mínima fue de 87%. La saturación de Oxígeno promedio obtenida en vigilia fue del 91%, durante sueño NREM fue de 90% y en sueño REM fue de 90%.

III. Análisis de parámetros asociados: La frecuencia cardiaca promedio durante el estudio fue de 68.1 latidos por minuto.

OPINIÓN:

1. **QUIROZ ROSERO, ANNA** de 38 años, a quien se le realizó un estudio de polisomnografía basal. Donde se evidencia una **baja** eficiencia de sueño, **disminución** de la proporción del sueño REM y del sueño profundo N3.

2. El índice de eventos respiratorios hallados fue (IAH: 4.1/h) lo que clasifica dentro del rango de **NORMALIDAD.**

3. La desaturación mínima fue de 87%, la saturación de Oxígeno promedio obtenida en vigilia fue del 91%, durante sueño NREM fue de 90% y en sueño REM fue de 90%. **T90: 12.1 %**

4. La frecuencia cardiaca promedio fue de 68.1 latidos por minuto durante el sueño y no se observaron alteraciones del ritmo cardiaco durante los eventos respiratorios. índice de movimiento de piernas 8.5.

Estos hallazgos deben ser evaluados en relación a la condición clínica del paciente y sus factores de riesgo, con el propósito de establecer la conducta más adecuada. Es esencial enfatizar la necesidad de mantener medidas efectivas de higiene del sueño y control de peso.

Atentamente,

Dr. Erik Casanova Silva
Neumología – Medicina del Sueño.

ARQUITECTURA DEL SUEÑO

Hora de apagado de luces:	10:35:17 PM
Hora de encendido de luces:	5:00:47 AM
Tiempo de grabación total (TGT):	389.3 minutos
Tiempo en cama (TC):	385.5 minutos
Tiempo de período de sueño (TPS):	350.5 minutos
Tiempo de sueño total (TST):	295.5 minutos
Eficiencia del sueño:	76.7 %
Comienzo del sueño:	34.8 minutos
DTIS:	55.2 minutos
Latencia REM (desde comienzo del sueño):	89.5 minutos
Latencia REM (desde apagado de luces):	124.3 minutos

Estadificación del sueño	Duración	% TST	Rango
N 1:	5.5 minutos	1.9 %	**3% – 8%**
N 2:	224.0 minutos	75.8 %	**45% – 55%**
N 3:	20.5 minutos	6.9 %	**15% – 20%**
R:	45.5 minutos	15.4 %	**20% – 25%**

DATOS RESPIRATORIOS

	AC	AO	AM	Apnea	Hipop.*	A + H	RERA	Total
Número:	3	3	0	6	14	20	0	20
Dur. media (s):	10.0	11.3	0.0	10.7	14.3	13.2	0.0	13.2
Dur. máx. (s):	10.0	13.0	0.0	13.0	18.5	18.5	0.0	18.5
Dur. total (min) :	0.5	0.6	0.0	1.1	3.3	4.4	0.0	4.4
% de TST:	0.2	0.2	0.0	0.4	1.1	1.5	0.0	1.5
Índice (n.º/h TST) :	0.6	0.6	0.0	1.2	2.8	4.1	0.0	4.1
Recuento de REM:	0	2	0	2	9	11	0	11
Recuento de NREM:	2	1	0	3	2	5	0	5
Índice de REM:	0.0	2.6	0.0	2.6	11.9	14.5	0.0	14.5
Índice de NREM:	0.5	0.2	0.0	0.7	0.5	1.2	0.0	1.2

*Los valores de índice anteriores se basan en el tiempo de sueño total. ■ Las hipopneas se han puntuado según la definición de la AASM. VIII4.B (3% desaturación).

RESPIRACIÓN DE CHEYNE STOKES

Ninguno

EVENTOS RESPIRATORIOS (POR POSICIÓN CORPORAL)

	Duración (min)	Sueño (%)	REM (%)	NREM (%)	AC (#)	AO (#)	AM (#)	HIP (#)	IAH (n.º/h)	RERA (#)	ITR (n.º/h)	Desat. (#)
Supino	332.3	85.1	13.6	71.4	3	3	0	14	4.2	0	4.2	16
Izquierda:	2.4	4.2	0.0	4.2	0	0	0	0	0.0	0	0.00	0
Derecha:	15.8	80.4	1.3	79.1	0	0	0	0	0.0	0	0.00	1

MOVIMIENTOS DE EXTREMIDADES

	Recuento	Índice (n.º/h)
Movimiento de piernas total:	42	8.5

RESUMEN DE RONQUIDOS

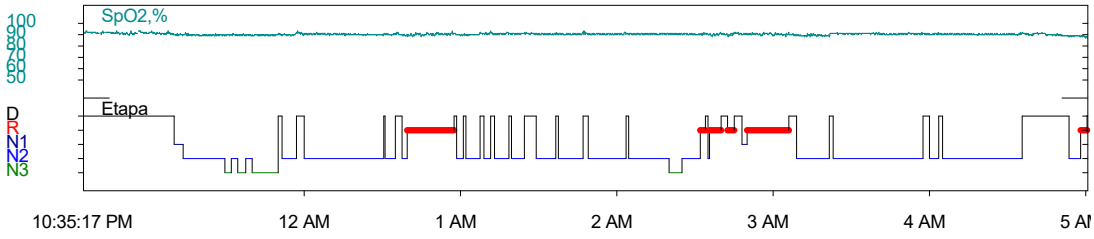
Episodios de ronquidos: 0
Tiempo con ronquidos total: 0 min

SATURACIÓN DE OXÍGENO

	DESPERTAR		NREM		REM		TC	
	Hora		Hora		Hora		Hora	
<95%:	88.7	23.0	249.9	64.8	45.5	11.8	384.1	99.6
<90%:	5.7	1.5	31.4	8.1	9.5	2.5	46.6	12.1
<85%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<80%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<75%;	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<70%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<60%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
< 50%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

% de SpO2 mínima: 87%.

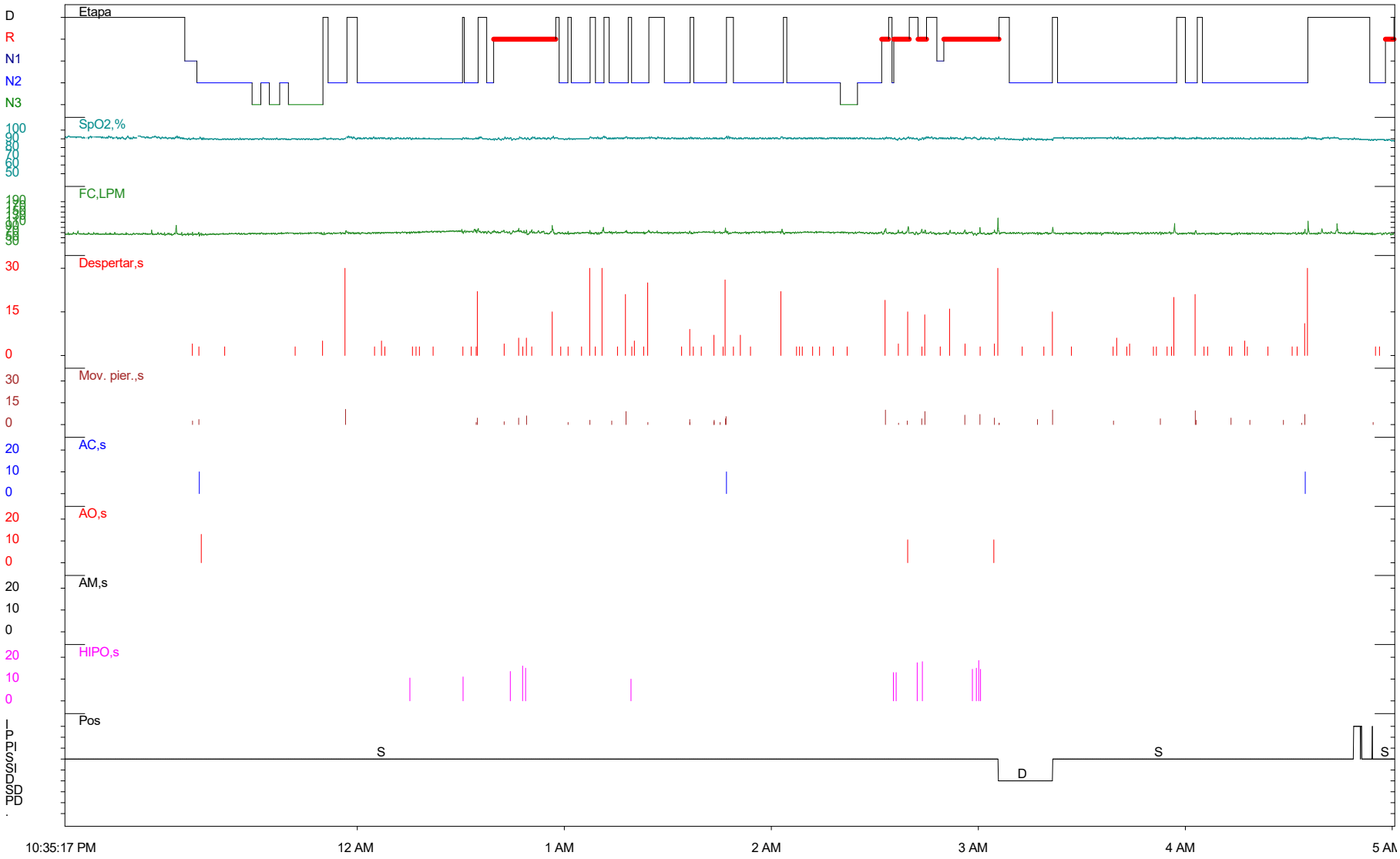
DISTRIBUCIÓN DE SATURACIÓN DE OXÍGENO



RESUMEN CARDÍACO

Frecuencia cardíaca media durante el sueño: 68.1 lpm
Frecuencia cardíaca más alta durante el sueño: 126 lpm
Frecuencia cardíaca más alta durante la grabación (TC): 126 lpm

Hipnograma de toda la noche



Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 19/06/2024 8:09 **Registro** 16

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	522440 Fecha Ingreso: 19/06/2024		

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE CONOCIDA CON CUADRO DE DOLOR CRONICO. CEALEA DE DIFICIL MANEJO . FUE VALO5RADA OR NEUROCIRUGIA . SE REALIZO RMN CEREBRAL CON HALLAZGO DE MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1. REFIERE QUE LA CEFALE A ES DIFICIL DE CONTROLAR .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80,00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **Tº** 36,50 **ºC** **Glasgow** /15

Peso 64,00 Kgs **Talla** 163,00 Mts **IMC** 24,09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio
Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal

Powered by CamScanner

Exámen Mental	Normal	**Sistema Nervioso**	Normal

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

Plan de Manejo

ANALGESIA. INYECCION TRANSFORAMINAL DE SUSTANCIA ANALGESICA GUADO POR IMAGENES . BLOQUEO PERIDULAR SIMPATICO LUMBAR . TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS. PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS . EVITAR MOVIMIENTOS DE IMPACTO SOBRE LA COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR . ERGONOMIA EN AREA LABORAL . EVITAR SITUACIONES TENSIONANTES. CONSIDERAR TRABAJO EN CASA. VALORCION POR MEDICINA LABORAL.CONSIDERAR REUBICACION

PACIENTE CON CEFALEA SECUNDARIA MUY PROBABLE A MALFORMACION DE CHIARI TIPO1. LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPATIA DISCAL CON SIGNOS DE RADICULOPATIA .

Paraclínicos

RMN CEREBRAL: MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1 . LUMBAR . DISMINUCION DE LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL DE DISCO DE L4-L5,EXTRUCCION POSEROCENTRAL CON MIGRACION CEFALICA QUE CONTACTA Y COMPRIME SACO DURAL . COMPROMISO DE LA RAIZ DE L5 IZQUIERDA . COMPROMISO DE RAICES FORAMINALES DE L4 BILATERAL

Indicaciones Médicas

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio	933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
Observaciones		SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS
Servicio	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
Observaciones		PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA
Servicio	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
Observaciones		FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO

Procedimientos Quirúrgicos

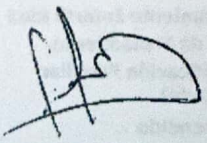
Servicio	048403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS
Observaciones		GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO
Requerimientos		
Servicio	053114	BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)
Observaciones		
Requerimientos		

Medicamentos

N06028 DULOXETINA 60MG TABLETAS
1 TABLETA DIA

M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL
1 TABLETA DIA

N02044 ACETAMINOFEN/CODEINA 325 MG + 8 MG TAB
1 TABLETA CADA 12 HORAS



Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Powered by CamScanner

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clinica: 1085897930 **Nº Folio:** 16 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 522440
Finalidad Consulta: No_Aplica

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL 1
Fecha: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
048403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO	1	Rutinario
053114 - 1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)	1	Rutinario

Total Ítems: 2

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional 521546

Powered by CamScanner

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clinica: 1085897930 **Nº Folio:** 16 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

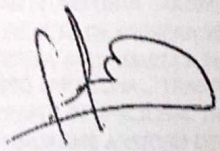
Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 522440
Finalidad Consulta: No_Aplica
Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD	30	Rutinario
	SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS		
890262 - 39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	1	Rutinario
	PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA		
938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30	Rutinario
	FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO		

Total Ítems: 3



Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 27/06/2024 15:09 **Registro** 18

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	525436 Fecha Ingreso: 27/06/2024		

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE ACUDE CON ACOMPAÑANTE, REFIERE CUADRO DE CUADRO 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CEFALEA OPRESIVA FRONTAL EN OCASIONES OCCIPITAL, INTENSIDAD 10/10, SE ASOCIA NAUEAS VOMITO LIMITA LA DEMBULACION, DOLRO BASAL DIARIA, CRISIS 2 POR SEMANA, SE PRECIPITA POR ESTRÉS Y MANIOBRAS DE VALSALVA, NO MEJORIA CON ANALGESICOS. RNM DE CEREBRO ARNOLCHIARI TIPO I, ESTUDIO NEURPSICOLOGICO TX COGNITIVO MULTIDOMINIO RXS: PARESTESIAS EN MANOS

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional? Si

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA
27/06/2024 15:09	Otros	PERSONALES: PATOLOGICOS (), FARMACOS (DULOXETINA PREGABALINA CICLOBENZARINA FLUNARIZINA) QCOS (-) HOSP (-) ALERGIAS (NIEGA) TOXICOS: NO FUMA NO INGESTA DE ALCOHOL NO USA PSICOACTIVOS. ANTECED FLIARES: NIEGA., DOLOR MUSCULAR OCCIPITOCERVICAL MODERADO.

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80,00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **Tº** 36,50 **ºC** **Glasgow** /15

Peso 64,00 Kgs **Talla** 163,00 Mts **IMC** 24,09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio
Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal

Powered by CamScanner

Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal
Exámen Mental	Normal	**Sistema Nervioso**	Anormal		

ALERTA ORIENTADA PINRL FONDO DE OJO CON PAPILA DE BORDES MAL DEFINIDOS, LENGUAJE BIEN ARTICULADO Y AJUSTADO AL CONTEXTO , NO DEFECTO MOTOR DE EXTREMIDADES. ROT NORMALES SIMETRICOS SIN COMPROMISO SENSITIVO COORDINACION NO ALTERADA. MARCHA NORMAL.

Diagnóstico

R51X CEFALEA

C718 LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO

M501 TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA

Plan de Manejo

Paraclínicos

Indicaciones Médicas

PACIENTE CON CEFALEA CEFALEA MIXTA MIGRAÑA Y TENSIONAL, SE ANOTA ALTERACIN DEL ESTADO DE ANIMO, SINTOAMS SENSITIVO DE EXTREMDADES MAS CERVICALGIA, SE BENEFICIA DE ESUDIOS ADICONALES IGUAL MENEJO, POR LO CUAL SE DECIDE:
IGUAL MENEJO FARMACOLOGICO.
SS/ ANGIORESONANCIA CEREBRAL CONTRASTADA FASE ARTERIAL Y VENOSA NO 2
SS/ ELECTROMIOGRAFIA ESTUDO DE CODUCCION, REFLEJO H ONDA F DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
SS/ CREATININA
HABITOS SLUDABLES Y SIGONOS DE ALARMA. CONTROL CON RESULTADOS

Exámenes

883101 - 31303 - RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO

883909 - RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA

903895 - 19290 - CREATININA EN SUERO

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 891515 REFLEJO H (POR NERVIO)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 891514 ONDA F (POR NERVIO)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 891509 NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 930860 ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 890374 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
Observaciones CONTROL CON RESULTADOS

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCAH - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Tarjeta Profesional 87067944

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 18 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	525436	**Fecha:**	27/06/2024 1:33:18 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

Diagnostico principal: R51X - CEFALEA

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	LAB702	LABORATORIO CLINICO GENERAL	
CODIGO	**DESCRIPCION**			**CANTIDAD**	**ESTADO**
903895 - 19290	CREATININA EN SUERO			1	Rutinario

Total Ítems: 1

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMH - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES **Tarjeta Profesional** 87067944
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 18 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 525436
Finalidad Consulta: No_Aplica
Diagnostico principal: R51X - CEFALEA

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 27/06/2024 1:33:18 p. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE EXAMENES		ÁREA SERVICIO:	IMG704	IMAGENOLOGIA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
883101 - 31303	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO ANGIORESONANCIA CEREBRAL CONTRASTADA			2	Rutinario
883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA FASE ARTERIAL Y VENOSA NO 2 CONTRASTADA			2	Rutinario

Total Ítems: 2

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMI - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES **Tarjeta Profesional** 87067944
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 18 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 525436
Finalidad Consulta: No_Aplica
Diagnostico principal: R51X - CEFALEA

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 27/06/2024 1:33:18 p. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	IMG704	IMAGENOLOGIA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
891515	REFLEJO H (POR NERVIO) DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.			2	Rutinario
891514	ONDA F (POR NERVIO) DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.			2	Rutinario
891509 - 29102	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO) DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.			2	Rutinario
930860 - 29101	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.			2	Rutinario
890374 - 39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA CONTROL CON RESULTADOS			1	Rutinario

Total Ítems: 5

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMH - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Tarjeta Profesional 87067944

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INDICACION MEDICA

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 18 **Folio Asociado:**

Nº Historia Clínica: 1085897930

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO

Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Finalidad Consulta: No_Aplica

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Causa Externa: Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa
Detalle: PACIENTE CON CEFALEA CEFALEA MIXTA MIGRAÑA Y TENSIONAL, SE ANOTA ALTERACIN DEL ESTADO DE ANIMO, SINTOAMS SENSITIVO DE EXTREMDADES MAS CERVICALGIA, SE BENEFICIA DE ESUDIOS ADICONALES IGUAL MENEJO, POR LO CUAL SE DECIDE:
IGUAL MENEJO FARMACOLOGICO.
SS/ ANGIORESONANCIA CEREBRAL CONTRASTADA FASE ARTERIAL Y VENOSA NO 2
SS/ ELECTROMIOGRAFIA ESTUDO DE CODUCCION, REFLEJO H ONDA F DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
SS/ CREATININA
HABITOS SLUDABLES Y SIGONOS DE ALARMA. CONTROL CON RESULTADOS

Powered by CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tios o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/07/2024 18:01:35. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Daniel Felipe Legarda Gomez. Reg. Médico. 1004232591. Psicologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 109514326. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 38 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: PRIMERA VEZ: "AUN TENGO CRISIS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION".
Enfermedad Actual: PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DERIBADA DE DIFICULTADES LABROALES PASADAS QUE HA AFECTADO LA FUNCIONALIDD DE LA PACIENTE

ANTECEDENTES
PERSONALES: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD.
FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES.
CONSUMO DE SPA Y ALCOHOL: NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE LICOR, SPA TABACO.
PERFIL SOCIAL
CONVIVENCIA: SIN CONFLICTOS RELACIONALES FAMILIARES.
LABORAL: ASESORA COMERCIAL DE UN BANCO
RELACION DE PAREJA: ESTABLE 10 AÑOS
INTERACCION: SALIDAS RECREATIVAS FAMILIARES.
PERSONALIDAD: SOCIABLE INTROVERTIDO
HISTORIA FAMILIAR: PACIENTE QUE CONVIVE CON ESPOS, DOS HIJAS DE 8 AÑOS Y 2 AÑOS, Y SUEGRA
PACIENTE QUE REFIERE RED VINCULAR DE APOYO CON FACTORES DE GENERATIVIDAD FAMILIAR.

PACIENTE QUE NIEGA TENER SINTOMATOLOGIA DE COVID-19. PACIENTE HETEROSEXUAL QUE NIEGA SER VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO, NIEGA SER VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, NIEGA DISCAPACIDAD.

Firmado Electrónicamente

Original

Powered by CamScanner

Avicena

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES
Talla: 1.64 m

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Mental: PACIENTE DE 38 AÑO, SE PRESENTA DE MANERA VOLUNTARIA A LA CONSULTA. SU APARIENCIA, PORTE, ACTITUD Y CONSTITUCIÓN CORPORAL SON ADECUADOS PARA SU EDAD CRONOLÓGICA. ESTÁ ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO. NO SE OBSERVAN ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA. LA VELOCIDAD Y ÉL VOLUMEN DE SU VOZ SON NORMALES, ASÍ COMO LA ARTICULACIÓN DE LAS PALABRAS. SU DISCURSO ES COHERENTE Y ESPONTÁNEO, SIN ALTERACIONES PERCEPTIVAS. LA ACTIVIDAD MOTORA ES NORMAL. EL ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO. EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO NO PRESENTA ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS. NO HAY EVIDENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA O AUTOLESIVA..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

CONCEPTO DIAGNOSTICO: PACIENTE DE 38 AÑOS, INGRESA A VALORACION POR PSICOLOGIA,REFIERE ALTERACIONES ANÍMICAS HACE APROXIMADAMENTE XX , SÍNTOMAS DEPRESIVOS BASADOS EN EL PACIENTE MUESTRA UN ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DÍA, CON PÉRDIDA NOTABLE DE INTERÉS EN ACTIVIDADES QUE ANTERIORMENTE DISFRUTABA. SE HAN OBSERVADO CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN SU PATRÓN DE SUEÑO, INCLUYENDO INSOMNIO, ASÍ COMO UNA NOTABLE DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN

SE ORIENTA EN ACTIVACION CONDUCTUAL A TRAVEZ DE EJERCICIO FISICO.

CONTROL EN 3 SEMANAS

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Firmado Electrónicamente

Original

Powered by CamScanner

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA:	03/07/2024
NOMBRE:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
	CC:1085897930

CONTROL PSICOLOGIA EN 3 SEMANAS

DX
F412
Y96X

DANIEL LEGARDA
PSICOLGO

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024

FÓRMULA MÉDICA

EXTERNO

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

DATOS DEL INGRESO

Nº Historia Clínica:	1085897930	**Nº Folio:**	64 **Folio Asociado:**
Fecha de Ingreso:	12/07/2024 7:33:37 a. m.	**Nº Ingreso:**	18662
Fecha de Formulación:	12/07/2024 8:46:14 a. m.	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificacion:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 22 Dias	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	LAS MERCEDE	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	SAN JUAN DE PASTO	**Ocupación:**	
Grupo etnico:	MESTIZO		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACUDIENTE

Nombre Acudiente:		**Teléfono Acud:**	
Dirección Acud:		**Parentesco**	
Nombre Acompañate:			

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: N06AX2101 DULOXETINA 30 MG CAPSULA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 30MG **Unidad:** CÁPSULA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: una tab 8 a.m y 2 p.m

Medicamento: N06AB0501 PAROXETINA 20 MG TABLETA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 20MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: tomar una tab 8 a.m y 2 p.m

Medicamento: N05AH0403 QUETIAPINA 25 MG TABLETA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 60 SESENTA
Concentracion: 25MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 1,0 **Duración:** 60
Observaciones: una tab 8 p.m

Total Items: 3

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación:

Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatría.

Total Items: 1

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024
1/1

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 64 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 22 Días
Dirección: LAS MERCEDE
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO

Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Dirección Resp:
Finalidad Consulta: No_Aplica

Teléfono Resp:
Nº Ingreso: 18662 **Fecha:** 12/07/2024 7:33:37 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:			
CODIGO	**DESCRIPCION**			**CANTIDAD**	**ESTADO**
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA			1	Rutinario
Observaciones:	en dos meses				
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA			8	Rutinario
Observaciones:	semanal				
890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			1	Rutinario
Observaciones:	en empresa donde labora				

Daisy Jh Chicaiza G

Medico: CHICAIZA GAVILANES DAISY JHOANA
Registro: 1085255041
Especialidad: PSIQUIATRÍA

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024

DATOS PERSONALES

Paciente	Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO			**Estado Civil**	UnionLibre
Edad en Atención	38 Años / 2 Meses / 22 Días	**Sexo**	Femenino	**Teléfono**	3103805827
Fecha Nacimiento	19/04/1986	**Dirección**	LAS MERCEDE	**Identidad género**	Femenino
Grupo etnico	Ninguno	**Discapacidad**	SIN DISCAPACIDAD	**Fecha Ingreso**	12/07/2024 7:33:37 a. m.
Procedencia	SAN JUAN DE PASTO	**Ingreso**	18662	**Fecha Egreso**	
Servicio Folio	701 - UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA		**Última Cama**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN	**Regimen**	Contributivo	Cotizante	**NIVEL**	CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Acudiente		**Teléfono**		**Parentesco**		
Acompañante		**Teléfono**				

Folio N° 64 **Profesional** DAISY JHOANA CHICAIZA GAVILANES **Fecha grabación de folio** 12/07/2024 8:46

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

CAUSA EXTERNA Enfermedad_General **FINALIDAD CONSULTA** No_Aplica **DX** F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

¿Esta es una atención por teleconsulta? NO

Consentimiento informado

Aceptación del consentimiento

Observaciones de no aceptación

Subjetivo
asiste sola

tratamiento
paroxetina 20 mg 1 tableta y media 1-0-0
duloxetina 30 mg 0-0-1
difenhidramina 50 mg 0-0-2

Rcomenta que persiste con dolores musculares, cefalea, fue valorada por reumatología, fisiatría, especialidad de columna, en manejo farmacológico,, refiere con fluctuación afectiva asociada, describe dificultades a nivel laboral, económicas. aporta historia de neurología donde menciona malformación chiari tipo I, pendiente paraclínicos de extensión, aporta polisomnografia que no reporta anormalidad respiratoria, con baja calidad del sueño, pruebas neuropsicológicas que reporta deterioro de memoria episodica, verbal y visual, con alteración de volumen de almacenamiento , sintomatología depresiva; describe con mal patrón de sueño, no esta tomando difenhdiramina, informa que medicina general inicio melatonina sin mejoría.

Examen mental
Paciente en la cuarta década de la vida, aparenta su edad cronológica, con porte cuidado, establece contacto visual, colabora
Euquinetico
Afecto modula tristeza
Pensamiento coherente, relevante, producción ideoverbal adecuada, no evidencio delirios, niega ideas de muerte o suicidio, lógico
Niega alucinaciones en el momento
Alerta, euprosexico, orientado
Juicio no comprometido

Frecuencia cardíaca
72,0000

Frecuencia respiratoria
19,0000

Presión sistólica

Presión diastólica

Saturación de O2

Temperatura

Peso (Kg)

Talla (Cm)

Analisis
Paciente en seguimiento por especialidades debido a dolor crónico, con síntomas afectivos secundarios, con adherencia al tratamiento, en esta valoración manifiesta que persiste con dolores crónicos, fluctuación reactiva, comenta que se encuentra en proceso legal por denuncio de acoso labora, realizo psicoeducación, psicoterapia de apoyo, considero ajustar dosis de paroxetina, explico que desde psiquiatría se realiza manejo complementario a su diagnóstico principal en seguimiento por reumatología, fisiatría, neurología, aporta pruebas neuropsicológicas que reportan compromiso mnésico asociado a síntomas afectivos,, polisomnografía que no reporta anormalidad respiratoria, ajusto dosis de paroxetina, inicio quetiapina, indico continuar en psicoterapia por psicología, control en dos meses, solicito valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja

Plan

Powered by CamScanner

paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab 8 p.m
psicoterapia por psicología
control en dos meses
valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja
Fecha estimada próximo control dos meses

GESTIÓN DEL RIESGO

¿Paciente sintomático respiratorio?
NO

¿Paciente sintomático de piel?
NO

¿Paciente víctima de violencia?
NO

En caso de víctima de violencia,especifique

DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10

CODIGO	NOMBRE	Principal	Ingreso
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	☑	☐
M255	DOLOR EN ARTICULACION	☐	☐

Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**

Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

	CANTIDAD	VIA	AM
DULOXETINA 30 MG CAPSULA	180	Oral	E
Posologia: una tab 8 a.m y 2 p.m			
PAROXETINA 20 MG TABLETA	180	Oral	E
Posologia: tomar una tab 8 a.m y 2 p.m			
QUETIAPINA 25 MG TABLETA	60	Oral	E
Posologia: una tab 8 p.m			
	1	Ninguno	E

Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatría.

Posologia:
Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatría.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	en dos meses
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	semanal
890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	en empresa donde labora

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa
paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab 8 p.m
psicoterapia por psicología
control en dos meses
valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja

Powered by CamScanner

...uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA:	08/08/2024
NOMBRE:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
	CC:1085897930

CONTROL PSICOLOGIA EN 3 SEMANAS

DX
Y96X
F412

Daniel Legarda Gómez
Psicologo
T.P 255764

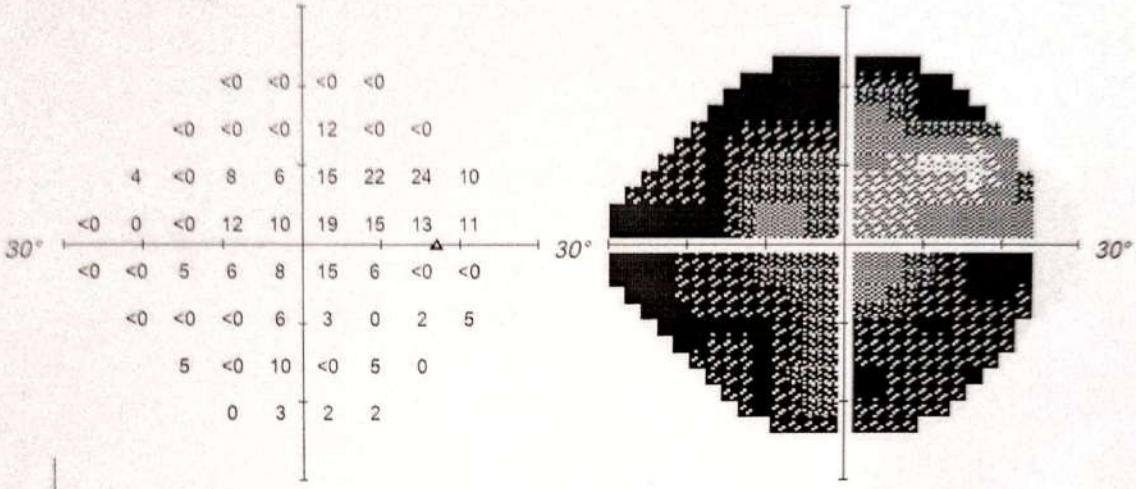
Powered by CamScanner

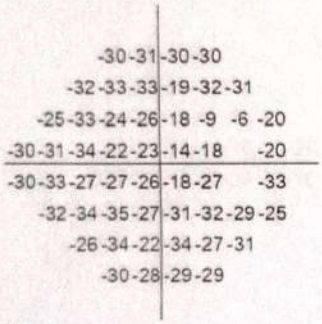
Paciente: QUIROZ ROSERO, ANA CRISTINA
FDN: 19-abr.-1986
Sexo: Femenino
ID: 1085897930

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

OD Análisis de campo único — Central 24-2 Prueba de umbral

Monitor de fijación:	Mancha ciega	Estímulo:	III, Blanco	Fecha:	09-ago.-2024
Objetivo de fijación:	Central	Fondo:	31,5 asb	Hora:	11:03
Pérdidas de fijación:	0/16	Estrategia:	SITA Standard	Edad:	38
Errores falsos pos.:	6%	Diámetro de pupila:			
Errores falsos neg.:	16%	Agudeza visual:			
Duración:	08:50	Rx:	+0,75 DS		
Foveal:	22 dB				





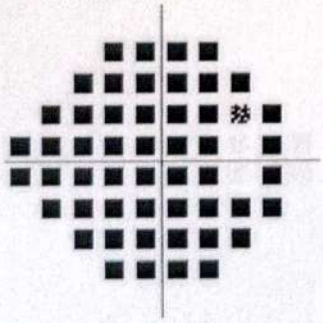
Desviación total

No se muestra la tolerancia corregida para campos muy debilitados.
Véase "Tolerancia total".

Desviación del modelo

PHG: Fuera de límites normales

VFI: 22%
MD24-2: -26,83 dB P < 0,5%
PSD24-2: 6,91 dB P < 0,5%



No se muestra la tolerancia corregida para campos muy debilitados.
Véase "Tolerancia total".

:: P < 5%
P < 2%
P < 1%
P < 0.5%

Comentarios

© 2019 Carl Zeiss Meditec, Inc. Todos los derechos reservados

Powered by CamScanner

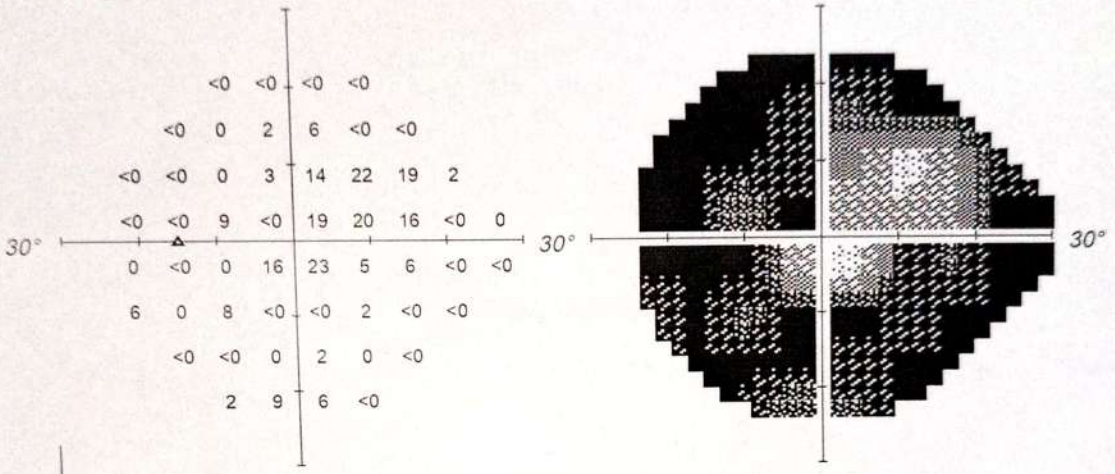
Paciente: QUIROZ ROSERO, ANA CRISTINA
FDN: 19-abr.-1986
Sexo: Femenino
ID: 1085897930

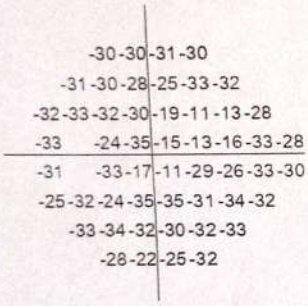
ZEISS

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

OS Análisis de campo único — Central 24-2 Prueba de umbral

Monitor de fijación:	Mancha ciega	Estímulo:	III, Blanco	Fecha:	09-ago.-2024
Objetivo de fijación:	Central	Fondo:	31,5 asb	Hora:	11:26
Pérdidas de fijación:	0/16	Estrategia:	SITA Standard	Edad:	38
Errores falsos pos.:	0%	Diámetro de pupila:			
Errores falsos neg.:	20%	Agudeza visual:			
Duración:	07:34	Rx: +2,00 DS -1,50 DC X 151			
Foveal:	22 dB ■				





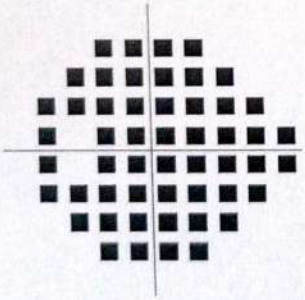
Desviación total

No se muestra la tolerancia corregida para campos muy debilitados.
Véase "Tolerancia total".

Desviación del modelo

PHG: Fuera de límites normales

VFI: 20%
MD24-2: -27,08 dB P < 0,5%
PSD24-2: 7,92 dB P < 0,5%



No se muestra la tolerancia corregida para campos muy debilitados.
Véase "Tolerancia total".

:: P < 5%
P < 2%
P < 1%
■ P < 0.5%

Comentarios

© 2019 Carl Zeiss Meditec, Inc. Todos los derechos reservados

ZEISS

Powered by CamScanner

NAME

09_AUG_2024 AM 11:02
NO.0014
SN:4490284

REF.DATA

VD: 12.00 CYL: (-)

<R>	S	C	A
	+ 0.25	- 1.00	153
	+ 0.25	- 1.00	153
	+ 0.25	- 1.00	152
	+ 0.25	**- 1.00**	**153**
	S.E.	- 0.25	

<L>	S	C	A
	+ 1.00	- 1.50	151
	+ 1.00	- 1.50	151
	+ 1.00	- 1.50	151
	+ 1.00	**- 1.50**	**151**
	S.E.	+ 0.25	

PD: 63

KRT.DATA

<R>	D	MM	A
H	41.25	8.18	135
V	42.50	7.96	45
AVE	42.00	8.07	
	CYL:	-1.25	135

<L>	D	MM	A
H	40.50	8.33	157
V	42.50	7.94	67
AVE	41.50	8.14	
	CYL:	-2.00	157

TOPCON

Powered by CamScanner

I.P.S. UNIDAD MEDICA LTDA.

Una Familia de Salud para su Salud

Fecha: 12.08.24

Nombre: Ana C. Quiroz

Teléfono:

R/ Dx Trastorno Mixto de Ansiedad

Plan tratamiento Medico

Incapacidad de (020) veinte

Dias

desde 12.08-24

Consulta Particular
Dermatologia
Medicina General
Medicina Familiar
Pediatría
Traumatología
Terapia de Lenguaje
Terapia Ocupacional
Odontología
Psicología
Medicina Alternativa
Cirugía General
Salud Ocupacional
Exámenes Médico Ocupacionales

Álvaro Tobar Woodcock
Reg. [illegible]-87
Especialista Medicina Familiar
C.C 13.008.394

Cra. 10 N° 4A - 26
Tel.: 7733354
Ipiales - Nariño

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C. 1085897930 - 183181 FECHA 15/08/2024 11:11

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	DOC. ID.	CC1085897930
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	19/04/1986
E. CIVIL	UNION LIBRE	EDAD	38 Años
OCUPACIÓN	OTRA ACTIVIDAD NO CLASIFICADA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	PASTO	BARRIO	URBANO (Urbana)
DIRECCIÓN	PASTO	TELÉFONO	3103805827
ESTRATO	Contributivo cotizante	GS - RH	5
ACUDIENTE	N	TELÉFONO	N
EMPRESA	EPS SANITAS SAS NIT. 800251440-6		

MOTIVO CONSULTA	DOLOR GENERALIZADO CONTROL OCUPACION. ASESORA COMERCIAL PROCEDENTE DE PASTO
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE ASISTE A CONSULTA . REFIERE DOLOR GENERALIZADO A NIVEL POLIARTICULAR 3, DOLOR MIEMBROS SUPERIORES, Y MIEMBROS INFERIORES. MANEJO DE MEDICINA GENERAL, MANEJO DE URGENCIAS, MEDICINA INTERNA. MANEJO TRAMADOL, AINES. EN MANEJO POR PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA , MEDICINA DEL DOLOR, FISIATRIA. ACTUALMENTE REFIERE CEFALEA, DOLOR CERVICAL, DOLOR DORSAL, DOLOR LUMBAR. REALIZO TERAPIA FISICA 50 SESIONES . HIDROTERAPIAS 80 SESIONES . REALIZO TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE. MANIFIESTA QUE LE REALIZARON DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA. VALORADA POR REUMATOLOGIA QUIEN DESCARTA ENFERMEDAD AUTOINMUNE. RNM DE COLUMNA CERVICAL DEL 26 DE JULIO DEL 2024 CON DISCOPATIAS C3-C6. NO ESTENOSIS DE CANAL NI FORAMINAL.

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

P. ARTERIAL	110/74	PULSO	71	F. RESPIRATORIA	19	TEMPERATURA	36	PESO	57	TALLA	159
E. FISICO											

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : Normal
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : Normal
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : Normal
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : Normal

EVALUACION PARACLINICOS	Rnm de columna lumbosacra del 27/01/2024 disminucion de intensidad de señal del disco intervertebral l4-l5. extrusion posterocentral con migracion cefalica del contorno discal l4l5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural, contacta y desplaza raiz nerviosa de l5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices l4 bilaterales amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones. edx del 17 de octubre del 2023 con estudio normal. sin evidencia electrofisiologica de neuropatia, polineuropatia, de radiculopatia cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrinseca de la fibra muscular. rnm cerebral del 02 de abril del 2024 con hallazgos con malformacion chiari tipo i
DX PRINCIPAL	M511 - Trastorno de disco lumbar y otros- con radiculopatia
TIPO DX	Impresión diagnostica
CAUSA EXTERNA	Enfermedad general
RELACIONADO 1	M519 - Trastornos de los discos intervertebrales- no especificado
RELACIONADO 2	M255 - Dolor en articulacion
RELACIONADO 3	M791 - Mialgia
DIAGNOSTICO	Dolor cronico de dificil manejo . dolor poliarticular. fibromialgia.cefalea. dolor cervical , dorsal y lumbar mecanico . transtorno de ansiedad

Powered by CamScanner

CLINICO	y depresion .
ANALISIS Y PLAN	Requiere realizar estiramiento y fortalecimiento, realizar actividad fisica. analisis de puesto de trabajo. valoracion en el departamento de salud y departamento del trabajo. terapia fisica protocolo de fibromialgia acondicionamiento fisico. continuar manejo por psiquiatria. valoracion por medicina del dolor. control por fisiatria en 6 meses. se dan indicaciones y recomendaciones preventivas. paciente quien refiere entender y aceptar. mc

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CANTIDAD
890243	Consulta de primera vez por especialista en dolor y cuidados paliativos	15/08/2024 11:45	1
890364	Consulta de control por fisiatria. OBSERVACION: 6 meses	15/08/2024 11:45	1
890211	Consulta de primera vez por fisioterapia. OBSERVACION: 1. programa de ejercicio cardiovascular. dar indicaciones en casa. intensidad de leve - moderada. 2. medios fisicos. termoterapia calor masaje. indicaciones preventivas. plan casero de estiramientos.	15/08/2024 11:44	1

INDICACIONES

Fecha: 15/08/2024 11:46 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
PREGABALINA CAP 75 MG
. CANTIDAD 90 NOVENTA
. TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE
. FORMULA POR 90 DIAS

Fecha: 15/08/2024 11:43 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO. VALORACION EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y DEPARTAMENTO DEL TRABAJO.

ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
R.M. 52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

Unidad de Fisiatría
Contribuimos con tu Bienestar

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

Nit 901243673-8

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C.	1085897930		**FECHA**	15/ago./2024		**ADMISION**	183181		
PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA							**DOC. ID.**	CC1085897930
FEC. NAC.	19/04/1986							**EDAD**	38 Años
E.P.S.	EPS SANITAS SAS							**DOMICILIO**	PASTO
DXP	M511	**DXR1**	M519	**DXR2**	M255	**DXR3**	M791	**TELEFONO**	3103805827

ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO. VALORACION EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y DEPARTAMENTO DEL TRABAJO.

Dr(a). ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
R.M. 52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 10858897930 **Fecha de Registro** 19/06/2024 8:09 **Registro** 16

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	10858897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	522440 Fecha Ingreso: 19/06/2024		

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE CONOCIDA CON CUADRO DE DOLOR CRONICO. CEALEA DE DIFICIL MANEJO . FUE VALOSRADA OR NEUROCIRUGIA . SE REALIZO RMN CEREBRAL CON HALLAZGO DE MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1. REFIERE QUE LA CEFALE A ES DIFICIL DE CONTROLAR .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Victima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80,00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **T°** 36,50 °C **Glasgow** /15

Peso 64,00 Kgs **Talla** 163,00 Mts **IMC** 24,09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio

Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica
COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

Exámen Mental Normal **Sistema Nervioso** Normal

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

Plan de Manejo

ANALGESIA. INYECCION TRANSFORAMINAL DE SUSTANCIA ANALGESICA GUADO POR IMAGENES . BLOQUEO PERIDULAR SIMPATICO LUMBAR . TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS. PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS . EVITAR MOVIMIENTOS DE IMPACTO SOBRE LA COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR . ERGONOMIA EN AREA LABORAL . EVITAR SITUACIONES TENSIONANTES. CONSIDERAR TRABAJO EN CASA. VALORCION POR MEDICINA LABORAL.CONSIDERAR REUBICACION

PACIENTE CON CEFALEA SECUNDARIA MUY PROBABLE A MALFORMACION DE CHIARI TIPO1. LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPATIA DISCAL CON SIGNOS DE RADICULOPATIA .

Paraclínicos

RMN CEREBRAL: MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1 . LUMBAR . DISMINUCION DE LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL DE DISCO DE L4-L5,EXTRUCCION POSEROCENTRAL CON MIGRACION CEFALICA QUE CONTACTA Y COMPRIME SACO DURAL . COMPROMISO DE LA RAIZ DE L5 IZQUIERDA . COMPROMISO DE RAICES FORAMINALES DE L4 BILATERAL

Indicaciones Médicas

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 933300 TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
Observaciones SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS
Servicio 890262 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
Observaciones PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA
Servicio 938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
Observaciones FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO

Procedimientos Quirúrgicos

Servicio 048403 INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS
Observaciones GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO
Requerimientos
Servicio 053114 BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)
Observaciones
Requerimientos

Medicamentos

N06028 DULOXETINA 60MG TABLETAS
1 TABLETA DIA

M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL
1 TABLETA DIA

N02044 ACETAMINOFEN/CODEINA 325 MG + 8 MG TAB
1 TABLETA CADA 12 HORAS

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 2024

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

istoria Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 16 **Folio Asociado:**
)S PERSONALES

bre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
a Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
cción:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827
edencia:	PASTO	**Ocupación:**	
dad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
ngreso:	522440	**Fecha:**	19/06/2024 6:46:36 a. m.
lidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

gnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

TADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

DIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	1	Rutinario
IIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO		27098475	
3114 - 1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)	1	Rutinario

Total Ítems: 2

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 16 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	522440	**Fecha:**	19/06/2024 6:46:36 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD	30	Rutinario
SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS			
890262 - 39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	1	Rutinario
PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA			
938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30	Rutinario
FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO			

Total Ítems: 3

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Powered by CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tios o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/07/2024 18:01:35. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Daniel Felipe Legarda Gomez. Reg. Médico. 1004232591. Psicologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 109514326. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 38 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: PRIMERA VEZ: "AUN TENGO CRISIS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION".
Enfermedad Actual: PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DERIBADA DE DIFICULTADES LABROALES PASADAS QUE HA AFECTADO LA FUNCIONALIDD DE LA PACIENTE

ANTECEDENTES
PERSONALES: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD.
FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES.
CONSUMO DE SPA Y ALCOHOL: NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE LICOR, SPA TABACO.
PERFIL SOCIAL
CONVIVENCIA: SIN CONFLICTOS RELACIONALES FAMILIARES.
LABORAL: ASESORA COMERCIAL DE UN BANCO
RELACION DE PAREJA: ESTABLE 10 AÑOS
INTERACCION: SALIDAS RECREATIVAS FAMILIARES.
PERSONALIDAD: SOCIABLE INTROVERTIDO
HISTORIA FAMILIAR: PACIENTE QUE CONVIVE CON ESPOS, DOS HIJAS DE 8 AÑOS Y 2 AÑOS, Y SUEGRA
PACIENTE QUE REFIERE RED VINCULAR DE APOYO CON FACTORES DE GENERATIVIDAD FAMILIAR.

PACIENTE QUE NIEGA TENER SINTOMATOLOGIA DE COVID-19. PACIENTE HETEROSEXUAL QUE NIEGA SER VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO, NIEGA SER VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, NIEGA DISCAPACIDAD.

Firmado Electrónicamente

Original

Powered by CamScanner

Avicena

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085897930
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES
Talla: 1.64 m

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Mental: PACIENTE DE 38 AÑO, SE PRESENTA DE MANERA VOLUNTARIA A LA CONSULTA. SU APARIENCIA, PORTE, ACTITUD Y CONSTITUCIÓN CORPORAL SON ADECUADOS PARA SU EDAD CRONOLÓGICA. ESTÁ ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO. NO SE OBSERVAN ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA. LA VELOCIDAD Y ÉL VOLUMEN DE SU VOZ SON NORMALES, ASÍ COMO LA ARTICULACIÓN DE LAS PALABRAS. SU DISCURSO ES COHERENTE Y ESPONTÁNEO, SIN ALTERACIONES PERCEPTIVAS. LA ACTIVIDAD MOTORA ES NORMAL. EL ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO. EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO NO PRESENTA ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS. NO HAY EVIDENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA O AUTOLESIVA..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
CONCEPTO DIAGNOSTICO: PACIENTE DE 38 AÑOS, INGRESA A VALORACION POR PSICOLOGIA,REFIERE ALTERACIONES ANÍMICAS HACE APROXIMADAMENTE XX , SÍNTOMAS DEPRESIVOS BASADOS EN EL PACIENTE MUESTRA UN ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DÍA, CON PÉRDIDA NOTABLE DE INTERÉS EN ACTIVIDADES QUE ANTERIORMENTE DISFRUTABA. SE HAN OBSERVADO CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN SU PATRÓN DE SUEÑO, INCLUYENDO INSOMNIO, ASÍ COMO UNA NOTABLE DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN

SE ORIENTA EN ACTIVACION CONDUCTUAL A TRAVEZ DE EJERCICIO FISICO.

CONTROL EN 3 SEMANAS

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

rmado Electrónicamente

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243868
Calle 12 No. 32 - 58 Teléfono: 7244304
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino - Edad: 38 Años

CERTIFICADO MÉDICO No. 7891098

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
08/07/2024, 08:32:07
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

CERTIFICADO MÉDICO

Control por programa de salud mental en 30 días.

MÉDICO

Dr. Francisco Hernández O.
Médico-U.C.C
Reg. 1.026.586.793

MEDFAM S.A.S.
NIT. 900243868-0
Calle 12 No. 32-58
Callcenter - 7244304
Pasto - Nariño

Francisco Javier Hernandez Ortega - Medicina General
CC 1026586793 - RM. 1026586793

Original

- Impreso: 08/07/2024, 08:32:38

Impresión realizada por: franjhernandez

Powered by CamScanner

ARTMEDICA

HISTORIA CLINICA

Nit: 900298928 3
Sede: PASTO
Código: 520010257401

Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 Edad: 38 Sexo: F Fecha Nac: 19/04/86
Dirección: CLL 20 A #3-12 LAS MERCEDES
Teléfono: 3103805827 3178791470
Aseguradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA ME
Responsable Paciente: OSCAR
Responsable Telefono: 3178791470 Responsable Parentesco: CONYUGE
Régimen: Contributivo Acompañante:
Grupo Poblacional: Trabajador urbano
Pertenencia Etnica: MESTIZOS

Médico: DIEGO FRANCISCO MELO AGUDELO
Especialista: SERVIO ANTONIO DAVILA JURADO
Diagnóstico: M790 REUMATISMO NO ESPECIFICADO (EN ESTUDIO) Tiempo Evolución: 0.00 meses.
Fecha Diagnóstico: 08/07/24 Inicio Síntomas: 08/07/24
Programa:
Otros diagnosticos:

Fecha Atención: 08/07/24 15:22 Tipo Atención: CITA REUMATOLOGIA PRIMERA VEZ

Motivo Consulta:
HISTORIA CLINICA AUTOINMUNIDAD PRESENCIAL

Enfermedad Actual:
****

ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, DE 38 AÑOS DE EDAD. PROCEDENTE DE PASTO, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN ACOMPAÑAN TE.

REMITIDO POR: FISIATRIA.
** CUADRO DE OSTEOARTRALGIAS GENERALIZADAS, PERSISTENTES, COMPROMISO EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REGION LU MBOSACRA, AUMENTA CON LA MOVILIZACION, MEJORIA EN EL REPOSO, CON MIALGIAS GENERALIZADAS, ASOCIADO A FATIGABILIDAD, Y PARESTESIAS EN EXTREMIDADES. NO DESCRIBE COMPROMISO ARTICULAR INFLAMATORIO.
** RNM COL LUMBAR 27/01/24: DISMINUCIÓN EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL DEL DISCO INTERVERTEBRAL L4-L5. LAS ARTICULACIONE S FACETARIAS NO DEMUESTRAN LESIONES. EXTRUSIÓN POSTEROCENTRAL CON MIGRACIÓN CEFÁLICA DEL CONTORNO DISCAL L4-L5 QUE CONTACTA Y COMPRIME EL CONTORNO VENTRAL DEL SACO DURAL. CONTACTA Y DESPLAZA LA RAÍZ NERVIOSA DE L5 IZQUIERDA HACIA EL RECESO LATERAL. SE PROYECTA LOS FORÁMENES DE CONJUNCIÓN CONTACTANDO LAS RAÍCES NERVIOSAS L4 BILATERALES EN LOS T RAYECTOS FORAMINALES. HIPERTENSIÓN A LAS ARTICULACIONES FACETARIAS L4-L5. LA AMPLITUD DEL RESTO DE LOS FORÁMENES DE CONJUNCIÓN ES ADECUADA.
** SIN PERFIL INMUNOSEROLÓGICO
** SIN MANEJO FARMACOLÓGICO
2. SINDROME MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION.
** FIBROMIALGIA.
3. DISCOPATICAS MULTINIVEL.

SUBJETIVO:
** DE MOMENTO NO REFIERE ARTRALGIAS INFLAMATORIAS, NO RIGIDEZ MATINAL, NO TUMEFACCIÓN ARTICULAR, NO ULCERAS ORALES, NO XEROSTOMÍA, NO XEROFTALMIA. NO LESIONES EN PIEL, NO SENSIBILIDAD A LA EXPOSICIÓN SOLAR, NO DESCRIBE FENÓMENO DE RAYNAUD, NO AUMENTO DE CAÍDA DE CABELLO CON ÁREAS DE ALOPECIA, NO CAMBIOS EN CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE ORINA (NO PRESENCIA DE ORINA ESPUMOSA, NO RASTROS DE SANGRE), NO PÉRDIDA DE PESO, NO ALZA TÉRMICA.
** NO DESCRIBE MANEJO ADICIONAL AL DESCRITO EN CUANTO A ANALGÉSICOS NI A CORTICOIDES PARENTERALES, NO HA REQUERIDO INGRESO A SERVICIO DE URGENCIAS, NI A HOSPITALIZACION.
****

Revisión por Sistemas:
CABEZA Y CUELLO: NO REFIERE / ORGANOS Y SENTIDOS: NO REFIERE / CARDIOPULMONAR: NO REFIERE / ABDOMINAL: NO REFIERE / GENITOURINARIO: NO REFIERE / OSTEOMUSCULAR: NO REFIERE / PIEL Y ANEXOS: NO REFIERE / OTROS: NO REFIERE

Antecedentes Personales:
NO REFIERE

Otros Antecedentes:

Impreso: 08/07/2024 15:48

DIEGO FRANCISCO MELO AGUDELO

Powered by CamScanner

Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación:CC 1085897930 Edad:38 Fecha Nac:19/04/86

s antecedentes patologicos:
DROME MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. -- FIBROMIALGIA. -- DISCOPATICAS MULTINIVEL.

Quirúrgicos:
NO INDICA.

Familiares:
NO INDICA.

Traumáticos:
NO INDICA.

Alergicos:
NO INDICA.

Ginecologicos:
NO REFIERE

Toxicológicos:
NO INDICA.

Tabaquismo:	No	Gestante:	No
ExFumador:	No	Fecha Ult Mestruacion:	/ /
Alcohol:	No		

Signos Vitales:

Sistólica	115	Frecuencia Cardiaca (lpm)	70	Peso (kg)	67,00	IMC (kg/m2)	24,91
Diastólica (mm Hg)	70	Frecuencia Respiratoria (rpm)	20	Talla (cms)	164,00		
Temperatura (°C)	36,00	SatO2(%) 94,00		FiO2(%)	21,00		

Exámen Físico:
CABEZA Y CUELLO Normal MUCOSAS HUMEDAS, SIN SOPLO CAROTIDEO, SIN MASAS EN CUELLO O PAROTIDOMEGALIA NO INGURGITACION YUGULAR / OJOS Normal NO IRRITACIÓN CONJUNTIVAL, CONJUNTIVAS ANICTÉRICAS / PIEL Normal NO LESIONES CUTANEAS / CARDIOVASCULAR Normal RUIDOS CARDIACOS, RITMICOS, SIN SOPLOS / PULMONAR Normal MURMULLO DE VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS AGREGADOS / ABDOMEN Normal ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI MEGALIAS / GENITOURINARIO NO EVALUADO / OSTEOMUSCULAR Anormal PUNTOS DOLOROSOS DEPENDIENTE DE TEJIDOS BLANDOS. / EXTREMIDADES Normal EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PULSOS SIMETRICOS / NEUROLÓGICO Normal ALERTA, ORIENTADO, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, HABLA SIN DISARTRIA. ISOCORIA NORMORREACTIVA CAMPOS VISUALES CONSERVADOS POR CONFRONTACIÓN, FONDO DE OJO NORMAL BILATERAL, MOVIMIENTOS OCULARES CONJUGADOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD Y MÍMICA FACIAL CONSERVADA, SIN DÉFICIT DE PARES BAJOS. FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES RMT ++ EN TODOS LOS SEGMENTOS, RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL, SIN MOVIMIENTOS ANORMALES O RIGIDEZ DE NUCA. MARCHA NORMAL. / TACTO RECTAL NO EVALUADO / TACTO VAGINAL NO EVALUADO / OTROS NO EVALUADO

Opinión y Conducta:

ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, DE 38 AÑOS DE EDAD.

IMPRESION DIAGNOSTICA:
1. REUMATISMO A ESTUDIO:
** CUADRO DE OSTEOARTRALGIAS GENERALIZADAS, PERSISTENTES, COMPROMISO EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REGION LU MBOSACRA, AUMENTA CON LA MOVILIZACION, MEJORIA EN EL REPOSO, CON MIALGIAS GENERALIZADAS, ASOCIADO A FATIGABILIDAD, Y PARESTESIAS EN EXTREMIDADES. NO DESCRIBE COMPROMISO ARTICULAR INFLAMATORIO.
** RNM COL LUMBAR 27/01/24: DISMINUCIÓN EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL DEL DISCO INTERVERTEBRAL L4-L5. LAS ARTICULACIONE S FACETARIAS NO DEMUESTRAN LESIONES. EXTRUSIÓN POSTEROCENTRAL CON MIGRACIÓN CEFÁLICA DEL CONTORNO DISCAL L4-L5 QUE CONTACTA Y COMPRIME EL CONTORNO VENTRAL DEL SACO DURAL. CONTACTA Y DESPLAZA LA RAÍZ NERVIOSA DE L5 IZQUIERDA HACIA EL RECESO LATERAL. SE PROYECTA LOS FORÁMENES DE CONJUNCIÓN CONTACTANDO LAS RAÍCES NERVIOSAS L4 BILATERALES EN LOS T RAYECTOS FORAMINALES. HIPERTENSIÓN A LAS ARTICULACIONES FACETARIAS L4-L5. LA AMPLITUD DEL RESTO DE LOS FORÁMENES DE CONJUNCIÓN ES ADECUADA.
* SIN PERFIL INMUNOSEROLÓGICO
* SIN MANEJO FARMACOLÓGICO
2. SINDROME MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION.
* FIBROMIALGIA.
3. DISCOPATICAS MULTINIVEL.

PACIENTE CONSULTA CON OSTEOARTRALGIAS GENERALIZADAS, PERSISTENTES, COMPROMISO EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REGION LUMBOSACRA, AUMENTA CON LA MOVILIZACION, MEJORIA EN EL REPOSO, CON MIALGIAS GENERALIZADAS, ASOCIADO A FATIGA ILIDAD, Y PARESTESIAS EN EXTREMIDADES, COMPROMISO INESPECIFICO, SIN OTROS DATOS A LA ANAMNESIS DE COMPROMISO POR A TOINMUNIDAD SISTEMICA, CON EXAMEN FISICO CON MULTIPLES PUNTOS DOLOROSOS GENERALIZADOS, PERO SIN DATOS DE TUMEFACCI N ARTICULAR. HOY SIN PARACLINICOS.

Impreso: 08/07/2024 15:48

DIEGO FRANCISCO MELO AGUDELO

Powered by CamScanner

Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación:CC 1085897930 Edad:38 Fecha Nac:19/04/86

DE MOMENTO SIN INDICACION DE INMUNOMODULACION.
** TIENE ORDENES PARA REALIZACION DE PARACLINICOS DE AUTOINMUNIDAD - ORDENES GENERADAS POR FISIATRIA, POR LO CUAL N O SE GENERAN ORDENES NUEVAS.

PRÓXIMO CONTROL CON REUMATOLOGIA EN 8 SEMANAS, CON PARACLINICOS COMPLETOS.
SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE, SE ACLARAN DUDAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA CLAROS PARA CONSULTAR A URGENCIAS, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
PARA INFORMACIÓN ADICIONAL POR FAVOR COMUNÍQUESE AL CORREO COORDINACIONADMINPASTO@ARTMEDICA.CO

Remisiones:
890388 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA REUMATISMO A ESTUDIO: ** CUADRO DE OSTEOARTRALGIAS GENERALIZADAS, PERSISTENTES, COMPROMISO EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, REGION LUMBOSACRA, AUMENTA CON LA MOVILIZACION, MEJORIA EN EL REPOSO, CON MIALGIAS GENERALIZADAS, ASOCIADO A FATIGABILIDAD, Y PARESTESIAS EN EXTREMIDADES. NO DESCRIBE COMPROMISO ARTICULAR INFLAMATORIO.

Recomendaciones:
*PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS CON EL MEDICAMENTO COMO ALERGIA, VOMITO, CAÍDA DEL CABELLO U OTRO (CONSULTAR)
*EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FIEBRE DE 38°, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR EN EL PECHO, CONSULTAR A URGENCIAS DE INMEDIATO
*ESCRIBE AL DR ARTURO AL 3223986072 PARA AYUDARTE EN CASO DE SINTOMAS DE DESCOMPENSACION DE LA ENFERMEDAD Y/O PROCESOS ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS CON LA FORMULACION, ORDENES O CITAS.

RESPONSABLE DE LA HISTORIA:
SERVIO ANTONIO DAVILA JURADO
Identificación 98417799 Registro 521753/10
Especialidad CONSULTA REUMATOLOGIA

Powered by CamScanner

medGroup lab

LABORATORIO CLÍNICO Y DE ESPECIALIDADES SAS

110067741

Página : 1 De : 1

No. Autorizacion :

Fecha Registro : 2024-07-08 08:54:16

Fecha Impresión : 2024-07-08 14:45:56.

Paciente	: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**C.Costo**	: CONSULTA EXTERNA
Direccion	: CALLE 20 A N 3 -12 B/ LASS MERCEDES	**Identificación**	: CC 1085897930
Entidad	: MEDINUCLEAR SAS	**Edad/Sexo**	: 38 A / FEMENINO
Médico	: MEDICO EXTERNO	**Telefonos**	:3103805827 -

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERE
QUIMICA			
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
Resultado	**0.64**	mg/dL	
		Mujeres	0.6 - 1.1
		Hombres	0.7 - 1.3
		Niños	0.3 - 0.8

Procesado en laboratorio externo

Fecha / Hora Validado : 2024-07-08 / 14:11

ANDREA MARCELA BOLAÑOS BRAVO
BACTERIOLOGA
REG. 19-1625

Powered by CamScanner

SYNLAB

RESULTADOS DE EXÁMENES

NOMBRE:	Sra.ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**REFERENCIA:**	256169114
DOCUMENTO:	CC. 1085897930 H.C. 1085897930	**FECHA INGRESO:**	11.Jul.2024 07:17 AM
EMPRESA:	EPS SANITAS REGIONAL NARIÑO CONTRIB	**SEDE:**	SYNLAB PASTO
DOCTOR:	MEDICOS EXTERNOS	**EDAD-SEXO:**	38 Años - Femenino

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
Peptido Citrulinado (Anticitrulina)	1.60	U/ml	Negativo Positivo	< 5.0 U/ml >= 5.0 U/ml

Técnica: Quimioluminiscencia de Microparticulas (CMIA)

Fecha de Validación: 12/Jul./2024 09:31
Analizado por: B. ISABEL GUTIERREZ TAO
Bacteriologa T.P: 19-3166
Copiado:BEGT

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página1]*

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024
1/1

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 64 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Identificacion:** 1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 22 Días **Estado Civil:** UnionLibre
Dirección: LAS MERCEDE **Teléfono:** 3103805827
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO **Nivel - Estrato:** CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 18662 **Fecha:** 12/07/2024 7:33:37 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

LISTADO DE EXAMENES **AREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
90384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario
Observaciones:	en dos meses		
93102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	8	Rutinario
Observaciones:	semanal		
90262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1	Rutinario
Observaciones:	en empresa donde labora		

Daisy Jh Chicaiza G

Medico: CHICAIZA GAVILANES DAISY JHOANA
Registro: 1085255041
Especialidad: PSIQUIATRÍA

bre reporte : HCRPReporteDBase

ATEJADAR

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024

DATOS PERSONALES

Paciente	Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO				
Edad en Atención	38 Años / 2 Meses / 22 Días	**Sexo**	Femenino	**Estado Civil**	UnionLibre
Fecha Nacimiento	19/04/1986	**Dirección**	LAS MERCEDE	**Teléfono**	3103805827
Grupo etnico	Ninguno	**Discapacidad**	SIN DISCAPACIDAD	**Identidad género**	Femenino
Procedencia	SAN JUAN DE PASTO	**Ingreso**	18662	**Fecha Ingreso**	12/07/2024 7:33:37 a. m.
Servicio Folio	701 - UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA		**Última Cama**	**Fecha Egreso**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN	**Regimen**	Contributivo	Cotizante	**NIVEL**	CONTRIBUTIVO NIVEL 1 - MENOR A 2 SMLMV
Acudiente		**Teléfono**		**Parentesco**		
Acompañante		**Teléfono**				

Folio N° 64 **Profesional** DAISY JHOANA CHICAIZA GAVILANES **Fecha grabación de folio** 12/07/2024 8:46

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

CAUSA EXTERNA Enfermedad_General **FINALIDAD CONSULTA** No_Aplica **DX** F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

¿Esta es una atención por teleconsulta? NO

Consentimiento informado

Aceptación del consentimiento

Observaciones de no aceptación

Subjetivo
asiste sola

tratamiento
paroxetina 20 mg 1 tableta y media 1-0-0
duloxetina 30 mg 0-0-1
difenhidramina 50 mg 0-0-2

Rcomenta que persiste con dolores musculares, cefalea, fue valorada por reumatología, fisiatría, especialidad de columna, en manejo farmacológico,, refiere con fluctuación afectiva asociada, describe dificultades a nivel laboral, económicas. aporta historia de neurología donde menciona malformación chiari tipo I, pendiente paraclínicos de extensión, aporta polisomnografia que no reporta anormalidad respiratoria, con baja calidad del sueño, pruebas neuropsicológicas que reporta deterioro de memoria episodica, verbal y visual, con alteración de volumen de almacenamiento , sintomatologia depresiva; describe con mal patrón de sueño, no esta tomando difenhdiramina, informa que medicina general inicio melatonina sin mejoria.

Examen mental
Paciente en la cuarta década de la vida, aparenta su edad cronológica, con porte cuidado, establece contacto visual, colabora
Euquinetico
Afecto modula tristeza
Pensamiento coherente, relevante, producción ideoverbal adecuada, no evidencio delirios, niega ideas de muerte o suicidio, lógico
Niega alucinaciones en el momento
Alerta, euprosexico, orientado
Juicio no comprometido

Frecuencia cardíaca	**Frecuencia respiratoria**	**Presión sistólica**
72,0000	19,0000	
Presión diastólica	**Saturación de O2**	**Temperatura**
Peso (Kg)	**Talla (Cm)**	

Analisis
Paciente en seguimiento por especialidades debido a dolor crónico, con síntomas afectivos secundarios, con adherencia al tratamiento, en esta valoración manifiesta que persiste con dolores crónicos, fluctuación reactiva, comenta que se encuentra en proceso legal por denuncio de acoso labora, realizo psicoeducación, psicoterapia de apoyo, considero ajustar dosis de paroxetina, explico que desde psiquiatría se realiza manejo complementario a su diagnóstico principal en seguimiento por reumatología, fisiatría, neurología, aporta pruebas neuropsicológicas que reportan compromiso mnésico asociado a síntomas afectivos,, polisomnografía que no reporta anormalidad respiratoria, ajusto dosis de paroxetina, inicio quetiapina, indico continuar en psicoterapia por psicología, control en dos meses, solicito valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja

Plan

Powered by CamScanner

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA:	08/08/2024
NOMBRE:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
	CC:1085897930

CONTROL PSICOLOGIA EN 3 SEMANAS

DX
Y96X
F412

Daniel Leguizamo Gómez
Psicologo
T.P 255764

Powered by CamScanner

1	27.5	5	
2	31.5	5	
3	13.6	5	Christian
4	14.6	5	
5	20.6	5	
6	21.6	5	Christian
7	27.6	5	
8	28.6	5	
9	5.8	5	
10	9.8	5	
11	12.8	5	
12	14.8	4	
13	21.8	4	
14	23.8	5	
15	26.8	5	
16	28.8	4	
17	30.8	5	
18	2.9	5	
19	4 9	4	
20	6 9	5	
21	9.9	5	
22	11.9	4pm	
23	13.9	4pm	
24			
25			
26			

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024
1/1

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 64 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 22 Días
Estado Civil: UnionLibre
Dirección: LAS MERCEDE
Teléfono: 3103805827
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Finalidad Consulta: No_Aplica
Nº Ingreso: 18662 **Fecha:** 12/07/2024 7:33:37 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

LISTADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario
Observaciones:	en dos meses		
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	8	Rutinario
Observaciones:	semanal		
890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1	Rutinario
Observaciones:	en empresa donde labora		

Daisy Jh Chicaiza G

Medico: CHICAIZA GAVILANES DAISY JHOANA
Registro: 1085255041
Especialidad: PSIQUIATRÍA

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

ATEJADAR

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024

DATOS PERSONALES

Paciente	Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO			**Estado Civil**	UnionLibre
Edad en Atención	38 Años / 2 Meses / 22 Días	**Sexo**	Femenino	**Teléfono**	3103805827
Fecha Nacimiento	19/04/1986	**Dirección**	LAS MERCEDE	**Identidad género**	Femenino
Grupo etnico	Ninguno	**Discapacidad**	SIN DISCAPACIDAD	**Fecha Ingreso**	12/07/2024 7:33:37 a. m.
Procedencia	SAN JUAN DE PASTO	**Ingreso**	18662	**Fecha Egreso**	
Servicio Folio	701 - UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA		**Última Cama**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN	**Regimen**	Contributivo	Cotizante	**NIVEL** CONTRIBUTIVO NIVEL 1 - MENOR A 2 SMLMV
Acudiente		**Teléfono**		**Parentesco**	
Acompañante		**Teléfono**			

Folio N° 64 **Profesional** DAISY JHOANA CHICAIZA GAVILANES **Fecha grabación de folio** 12/07/2024 8:46

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

CAUSA EXTERNA Enfermedad_General **FINALIDAD CONSULTA** No_Aplica **DX** F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

¿Esta es una atención por teleconsulta? NO

Consentimiento informado

Aceptación del consentimiento

Observaciones de no aceptación

Subjetivo
asiste sola

tratamiento
paroxetina 20 mg 1 tableta y media 1-0-0
duloxetina 30 mg 0-0-1
difenhidramina 50 mg 0-0-2

Rcomenta que persiste con dolores musculares, cefalea, fue valorada por reumatología, fisiatría, especialidad de columna, en manejo farmacológico,, refiere con fluctuación afectiva asociada, describe dificultades a nivel laboral, económicas. aporta historia de neurología donde menciona malformación chiari tipo I, pendiente paraclínicos de extensión, aporta polisomnografia que no reporta anormalidad respiratoria, con baja calidad del sueño, pruebas neuropsicológicas que reporta deterioro de memoria episodica, verbal y visual, con alteración de volumen de almacenamiento , sintomatología depresiva; describe con mal patrón de sueño, no esta tomando difenhdiramina, informa que medicina general inicio melatonina sin mejoría.

Examen mental
Paciente en la cuarta década de la vida, aparenta su edad cronológica, con porte cuidado, establece contacto visual, colabora
Euquinetico
Afecto modula tristeza
Pensamiento coherente, relevante, producción ideoverbal adecuada, no evidencio delirios, niega ideas de muerte o suicidio, lógico
Niega alucinaciones en el momento
Alerta, euprosexico, orientado
Juicio no comprometido

Frecuencia cardíaca	**Frecuencia respiratoria**	**Presión sistólica**
72,0000	19,0000	
Presión diastólica	**Saturación de O2**	**Temperatura**
Peso (Kg)	**Talla (Cm)**	

Analisis
Paciente en seguimiento por especialidades debido a dolor crónico, con síntomas afectivos secundarios, con adherencia al tratamiento, en esta valoración manifiesta que persiste con dolores crónicos, fluctuación reactiva, comenta que se encuentra en proceso legal por denuncio de acoso labora, realizo psicoeducación, psicoterapia de apoyo, considero ajustar dosis de paroxetina, explico que desde psiquiatría se realiza manejo complementario a su diagnóstico principal en seguimiento por reumatología, fisiatría, neurología, aporta pruebas neuropsicológicas que reportan compromiso mnésico asociado a síntomas afectivos,, polisomnografía que no reporta anormalidad respiratoria, ajusto dosis de paroxetina, inicio quetiapina, indico continuar en psicoterapia por psicología, control en dos meses, solicito valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja

Plan

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
NIT 891200274 -2
PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Paciente Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Fecha Ingreso** 12/07/2024 7:33:37 a. m.
Procedencia SAN JUAN DE PASTO **Ingreso** 18662

paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab 8 p.m
psicoterapia por psicología
control en dos meses
valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja
Fecha estimada próximo control dos meses

GESTIÓN DEL RIESGO

¿Paciente sintomático respiratorio?
NO

¿Paciente sintomático de piel?
NO

¿Paciente víctima de violencia?
NO

En caso de víctima de violencia,especifique

DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10

CODIGO	NOMBRE	Principal	Ingreso	Egreso
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	☑	☐	☑
	Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**			
M255	DOLOR EN ARTICULACION	☐	☐	☑
	Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**			

MEDICAMENTOS SOLICITADOS	CANTIDAD	VIA	AMBITO
DULOXETINA 30 MG CAPSULA	180	Oral	Externo
Posologia: una tab 8 a.m y 2 p.m			
PAROXETINA 20 MG TABLETA	180	Oral	Externo
Posologia: tomar una tab 8 a.m y 2 p.m			
QUETIAPINA 25 MG TABLETA	60	Oral	Externo
Posologia: una tab 8 p.m			
	1	Ninguno	Externo

Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatría.

Posologia:
Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatría.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	en dos meses
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	semanal
890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	en empresa donde labora

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa
paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab 8 p.m
psicoterapia por psicología
control en dos meses
valoración por medicina laboral de la empresa donde trabaja

Powered by CamScanner

Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : viernes, 12 julio 2024

INDICACIÓN DE SALIDA

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Nº Historia Clínica:	1085897930		**Nº Folio:**	64	**Folio Asociado:**
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO		**Identificacion:**	1085897930	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:**	38 Años / 2 Meses / 22 Dias	**Estado Civil:**	UnionLibre	
Dirección:	LAS MERCEDE		**Teléfono:**	3103805827	
Procedencia:	SAN JUAN DE PASTO		**Ocupación:**		
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN		**Régimen:**	Regimen_Simplificado	
Plan Beneficios:	EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO		**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV	
DATOS DEL INGRESO					
Responsable:			**Teléfono Resp:**		
Dirección Resp:			**Nº Ingreso:**	18662 **Fecha:**	12/07/2024 7:33:37 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica		**Causa Externa:**	Enfermedad_General	

INDICACIÓN DE SALIDA

Dieta: balanceada

Recomendaciones: *** DEBE SER LA FAMILIA O ACUDIENTE QUIEN ADMINISTRE LOS MEDICAMENTOS EN CADA DOSIS INDICADA, EL PACIENTE NO DEBE TENER ACCESO A TODOS LOS MEDICAMENTOS**

-Contra remisión a primer nivel para reformulación mensual
-Cumplimiento del tratamiento farmacológico según lo indicado, no agregar medicamentos ni reducir o aumentar dosis sin formula médica
-asistir por urgencias si presenta irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, ideas de muerte o suicidio, agresividad
-Mantener un buen hábito de sueño y alimentación
-No consumir bebidas alcohólicas ni otras sustancias como marihuana, cocaína, etc.
-No trasnochar
-Acompañamiento permenente y supervisión familiar para la toma de medicamentos
-No conducir vehiculos, no portar armas.

ES REPONSABILIDAD DE LA EPS GARANTIZAR ESQUEMA FARAMCOLÓGICO, ACCESO A CITAS, EXÁMENES Y TERAPIAS

ES RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA, PADRES Y/O ACUDIENTES SUPERVISAR, CUSTODIAR Y VIGILAR LA CORRECTA UTILIZACION DE LOS MEDICAMENTOS, ASÍ COMO EL COMPORTAMIENTIO, EL SEGUIMIENTO DE NORMAS, VIGILAR LA ABSTENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS (ALCOHOL, CIGARRILLO, COCAÍNA, MARIHUANA, PEPAS, ETC), EL SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y DEL MANEJO NO FARMACOLÓGICO

SEÑORES EPS, FAVOR ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS AQUI INDICADOS DE MANERA OPORTUNA Y MENSUALMENTE SIN OBSTÁCULOS, EL CAMBIO DE DOSIS O PRESENTACIÓN DE MEDICAMENTOS SE DEBE REALIZAR UNICAMENTE POR CRITERIO CLÍNICO Y NO POR SOLICITUD DE LA EPS, LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INCREMENTA EL RIESGO DE EXACERBACIÓN DE SÍNTOMAS, HOSPITALIZACIONES, AUTOLESIONES, HETEROAFGRESIONES Y SUICIDIO. SE RECUERDA QUE LOS MEDICAMENTOS AQUÍ FORMULADOS SE ENCUENTRAN DENTRO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALID SIN ACLARACIOBNES (RESOLUCIÓN 2808 DE 2022)

Actividad Física: regular

PROXIMO CONTROL

Pedir Cita en: 60 **Con:** psiquiatria **Sitio:** según eps

Entrega Imágenes Diagnósticas: ☐ **Consulta Externa:** HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO **Teléfono:**

Daisy M Chicaiza 6

Medico: CHICAIZA GAVILANES DAISY

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

ATEJADAR

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **IDENTIFICACIÓN:** CC-1085897930

GÉNERO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

DIR. DOMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

ENTIDAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

HISTORIA CLINICA BÁSICA

FECHA Y HORA: 10/10/2024 12:45

MOTIVO DE CONSULTA

INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR: PACIENTE

TENGO MUCHO DOLOR Y ANSIEDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN COMENTA CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOLUCCION CONSISTENTEN CEFALEA HOLOCRANEA DE INTENSIDAD VARIABLE, ASOCIADO A SENSACION DE MIALGIAS DE PREDOMINIO EXTREMIDAES SUPERIORES E INFERIORES, ASOCIADO A SENSACIO DE ANGUSTIA, LABILIDAD HEMOCIONAL, COMENTA QUE DICHO EVENTO SE PRESENTA LUEGO DE LA REINCORPORACION LABORAL DONDE COMENTA SUFRE DE ACOSO LABORAL, DE MOMENTO NIEGA IDEACION SUICIDA, NIEGA IDEAS AUTOLESIVAS, SUMA SENSACION DE INSOMNIO, DESESPERANZA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

*APP: SD DE CHIARI, FIBROMIALGIA, SD DE ANSIEDAD Y DEPRESION, MIGRAÑA, *ALERGICOS: NO REFIERE, *QUIRURGICOS: NO REFUERE, *MEDICAMENTOSOS; PAROXETINA TAB 40 MG CADA DIA, DULOXETINA TAB CADA DIA, PREGABALINA TAB 75 MG CADA DIA, QUETIAPINA TAB 35 MG CADA DIA, ACETAMINOFEN MAS CODEHINA, *FAMILIARES: MADRE: HTA, ABUELA MATERNA: HTA

G 2 A 0 P 2 C 0 V 2 * FUR:05/09/2024 PLANIFICACION FAMILIAR: ESPOSO VASECTOMÍA

REVISIÓN POR SISTEMAS

NEUROLÓGICO: NO REFIERE

PSICOSOMÁTICO: NO REFIERE

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS: NO REFIERE

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO *IDENTIFICACIÓN: CC-1085897930*

GÉNERO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

DIR. DOMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

ENTIDAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

RESPIRATORIO: NO REFIERE

CARDIOVASCULAR: NO REFIERE

GASTROINTESTINAL: NO REFIERE

GENITO-URINARIO: NO REFIERE

OSTEOMUSCULOARTICULAR: NO REFIERE

PIEL Y FANERAS: NO REFIERE

HEMATOLÓGICO Y LINFÁTICO: NO REFIERE

ENDOCRINO: NO REFIERE

RIESGO NUTRICIONAL

¿HA TENIDO PÉRDIDA DE APETITO INVOLUNTARIA, DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS? NO
¿HA TENIDO PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA, DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES? NO
PUNTAJE RIESGO NUTRICIONAL:0

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

FARMACOLÓGICOS

NO REFIERE ANTECEDENTE 10/10/2024 12:09

PROFESIONAL: ESTRADA ORTEGA JOSE ALFREDO, MEDICINA GENERAL.

EXAMEN FÍSICO

TENSIÓN ARTERIAL: 110/61 mmHg.
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 19 POR MINUTO.
TEMPERATURA: 36.4 ºC
PERIMETRO CEFÁLICO:
PESO: 73.000 *Kg.* **TALLA:** 1.63 *M*, **IMC:** 27.5 SOBREPESO.
ESTADO GENERAL: ADECUADO ESTADO GENERAL

FRECUENCIA CARDÍACA: 77 POR MINUTO.
SATURACIÓN OXIGENO: 94%.
ESCALA DE DOLOR: 2/10.
PERIMETRO ABDOMINAL:
ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
SOSPECHA DE EMBRIAGUEZ: N
GLASGOW:15/15

HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO

CABEZA: NORMOCEFALO SIN LESIONES, NO MASAS,

Powered by CamScanner

36	34	3217421243	3217421243	-
36	33	3147541979	3147541979	HORMIGA CA
20	35	3135664809	3135664809	-
36	31	3202562918	3202562918	-
36	36	3218289642	3218289642	
36	35	3118244940	3118244940	
4	34	3117329033	3117329	
6	33	3233779969	323	
6	33	3217248511		
6	34	318873719		
1	27	313747		
	31	31		

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **IDENTIFICACIÓN:** CC-1085897930

GÉNERO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

DIR. DOMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

ENTIDAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

ORL:
NARINAS CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE, DE CONFIGURACION NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES.

CUELLO:
MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS

TÓRAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA,

CARDIOVASCULAR: PULSOS DE FRECUENCIA NORMAL, RITMICO, ADECUADA AMPLITUD, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS, LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO.

PULMONAR: PULMONES CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS.

ABDOMEN: NO DISTENDIDO, PERISTALSIS POSITIVA, EFECTIVA (ES DECIR SI HA TENIDO FLATOS O VULGARMENTE GASES), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

GENITALES: PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA. SE DIFIERE EXAMEN FISICO DE GENITALES.

ANO:
DIFERIDO

EXAMEN NEUROLÓGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD SIMÉTRICA SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS.

EXTREMIDADES SUPERIORES: SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS.

EXTREMIDADES INFERIORES: SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS.

MENTAL: PACIENTE CON LABILIDAD EMOCIONAL, FASCILIDAD PARA EL LLANTO, SENASICON DE ANGUSTIA, DESESPERANZA,

PIEL Y FANERAS: INTEGRA SIN LESIONES, NO SE OBSERVA TINTE ICTÉRICO

Powered by CamScanner

34	3188737196	3217248511	GUETIO PE
27	3137474307	3148574706	-
31	3113258205	3137474307	-
36	3104184968	3113258205	
33	3162414472	31041849[illegible]	
35	3116465252	3185[illegible]	
25	3137030413	?	
29	32189487[illegible]		
29	3222[illegible]		
29	?		

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO *IDENTIFICACIÓN: CC-1085897930*

GÉNERO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

DIR. DOMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

ENTIDAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

PLAN:
****REMISION A PSIQUIATRIA
DIETA CORRIENTE
HALOPERIDOL AMP IM AHORA
SS// CH, IONOGRAMA, CREATININA, SEROLIGIA, VIH.
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
BARANDAS ELEVADAS
ALTO RIESGO DE CAIDAS

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE?: SI

PROFESIONAL: EDER RODRIGO PEÑA MOSQUERA
REGISTRO MÉDICO: 1085305148
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

EVOLUCION

FECHA Y HORA: 10/10/2024 15:07

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO	TIPO DE DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA	ESTADO
F41.2 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	IMPRESION DIAGNOSTICA	PRINCIPAL	ACTIVO

OBJETIVO

TENSIÓN ARTERIAL: **110/70** mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA: **18** POR MINUTO
TEMPERATURA: **36.5** °C
PESO: Kg. TALLA: **1.63** M
I.M.C:

FRECUENCIA CARDIACA: **77** POR MINUTO
SATURACIÓN DE OXIGENO: **94,00** %
ESCALA DE DOLOR: **1/10**
ESTADO DE CONCIENCIA: **ALERTA**

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN IDEACION SUICIDA CON AFECTO MODULADO

INTERPRETACIÓN PARACLÍNICOS

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO *IDENTIFICACIÓN: CC-1085897930*

GÉNERO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

DIR. DOMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

ENTIDAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

TIPO VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

ANÁLISIS

PACIENTE SOLICITA SU SALIDA VOLUNTARIA, PACIENTE LUCIDA, SIN IDEACION SUICIDA, SE LE ESPLICA DE FORMA CLARA PRECISA QUE DEBE ASUMIR SUS COMPLICACIONES QUE VAN DESDE SU AGUDIZACION DE CUADRO DEPRESIVO HASTA LA MUERTE, ENTINEDE LO QUE SE EXPLICA Y SE DA SALIDA BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD

METAS:

ESTABLE

PLAN DE MANEJO:

SALIDA POR ACTA VOLUNTARIA

¿SE EXPLICÓ EL PLAN DE MANEJO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, ASEGURÁNDOSE EL ENTENDIMIENTO DE ESTE? SI

PROFESIONAL: JOSE ALFREDO ESTRADA ORTEGA
REGISTRO: 98398288
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

ÓRDENES MÉDICAS INTRAHOSPITALARIAS

NÚMERO DE ORDEN: 47916 **FECHA:** 10/10/2024 09:45

MEDICAMENTOS

ORDEN	DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	CÓDIGO MIPRES	ESTADO
4791601	DICLOFENACO 75MG/3ML (25MG/ML) SOL INY	75 MG INTRAMUSCULAR DOSIS ÚNICA		INICIAR
4791602	TRAMADOL 50MG/ML SOL INY	50 MG SUBCUTÁNEA DOSIS ÚNICA		INICIAR

INFORMACIÓN RESERVADA

PROFESIONAL: YULANY STELLA IJAJI GUACA.
REGISTRO MÉDICO: 34324132.
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL ,

NÚMERO DE ORDEN: 47934 **FECHA:** 10/10/2024 12:48

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

S DEL PACIENTE

BRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO *IDENTIFICACIÓN: CC-1085897930*

RO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

A NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

OMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

OS ADMINISTRATIVOS

ISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

DAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

PONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

DIETAS

DIETA	RESTRICCIÓN HIDRICA	OBSERVACIONES	ESTADO
NORMAL			INICIAR

AISLAMIENTOS

TIPO AISLAMIENTO	MEDIDAS	ESTADO
-NO REQUIERE AISLAMIENTO		INICIAR

MEDICAMENTOS

ORDEN	DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	CÓDIGO MIPRES	ESTADO
4793401	HALOPERIDOL 5MG/ML SOL INY CAJ X 5AMP	5 MG INTRAMUSCULAR UNA VEZ AL DÍA		INICIAR

PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CÓDIGO MIPRES
903895	CREATININA EN SUERO		1	
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	DESCARTAR ORGANICIDAD	1	
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]		1	
1005854	PRUEBA RAPIDA DUO VIH1 VIH2 SIFILIS		1	

DIAGNÓSTICO: F41.2 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION,

INFORMACIÓN RESERVADA

Powered by CamScanner

36	36	3218289642	321828964
36	35	3118244940	311824
24	34	3117329033	311
36	33	3233779969	
36	33	3217248511	
36	34	3188737	
18	27	313	
24	31		
6			

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS
HISTORIA CLÍNICA No.: 1085897930

ATOS DEL PACIENTE

OMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **IDENTIFICACIÓN:** CC-1085897930

NERO: FEMENINO **EDAD:** 38 AÑOS / 5 MESES / 21 DÍAS **RELIGIÓN:** CATOLICO **GRUPO SANGUÍNEO:** O+

HA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACIÓN:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDOR

DOMICILIO: MZ A CA 5 LIRIOS NORTE (PA **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR DE RESIDENCIA:**

TOS ADMINISTRATIVOS

MISIÓN: U 2024 37087 **FECHA Y HORA DE ADMISIÓN:** 10/10/2024 09:36

DAD: EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO **UBICACIÓN:**

VINCULACIÓN: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

PONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

Powered by CamScanner

Dr. Jairo A. Martinez R.
MEDICO CIRUJANO - REG: 542
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Carrera 4 No. 10 - 59 B/. Inmaculada Piendamó
Cels: 310 425 8168 318 568 5270
Tel: 8470 152

CLINISALUD
CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO, LABORATORIO

Fecha, _____

Nombre: _____ , Hora Atención

D.I. _____ ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación : CC 1085897930

R/.

FECHA Y HORA DE ATENCION : 2024-10-30 , 10:00

INCAPACIDAD

FECHA INICIO : 2024-10-29

DIAS INCAPACIDAD :05

DIAGNOSTICO : F412

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

DESCRIPCION

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 38 AÑOS INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS ORIENTADA EN TIEMPO ,LUGAR Y PERSONA , QUIEN REFIERE CUADRO DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE 3 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PROFUNDA TRISTEZA,LLANTO FACIL ,DECAIMIENTO ANIMICO,BAJA AUTOESTIMA ,PERDIDA DE INTERES POR TODO. INSOMMIO ,HIPOREXIA,DESENCADENADO POR PROBLEMAS LABORALES ,MAREO DE TIPO SUBJETIVO, CEFALEA GLOBAL PULSATIL ,VISION BORROSA NAUSEAS ,VOMITO , NO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO ,NIEGA TAQUICARDIA O DISNEA

PROFESIONAL : **JAIRO ALBERTO MARTINEZ RODRIGUEZ** REGISTRO : **197544/1987**

PESO: TALLA: P.A:

NO PERMITA QUE LE CAMBIEN SU FORMULACIÓN

Powered by CamScanner

MEDINUCLEAR®
Imágenes Diagnósticas
"Mejores imágenes. Mejores resultados" NIT. 800 223 618-0

NOMBRE:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
EXAMEN:	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR SIMPLE
EDAD:	37 Años, 9 Meses y 10 Dias
ENTIDAD:	SANITAS
RECIBO:	123654
IDENTIFICACION:	1085897930
FECHA ESTUDIO:	27 enero 2024

Motivo del estudio: Lumbalgia. Lumbociatalgia referida a miembros superiores e inferiores. Parestesias.

Método del estudio: En un equipo de 1.5 Teslas utilizando diferentes secuencias de pulso se obtuvieron imágenes en los planos axial, sagital y coronal de la columna lumbar en fase simple. Explorando hasta S1.

Descripción:

La lordosis lumbar está conservada.

En el plano sagital los cuerpos vertebrales lumbares están alineados.
La altura e intensidad de señal de los cuerpos vertebrales lumbares es adecuada.
Disminución en la intensidad de señal del disco intervertebral L4-L5.

Las articulaciones facetarias no demuestran lesiones.

Extrusión posterocentral con migración cefálica del contorno discal L4-L5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural. Contacta y desplaza la raíz nerviosa de L5 izquierda hacia el receso lateral. Se proyecta los forámenes de conjunción contactando las raíces nerviosas L4 bilaterales en los trayectos foraminales.

Hipertensión a las articulaciones facetarias L4-L5.

La amplitud del resto de los forámenes de conjunción es adecuada.

Amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones.

Cono medular a nivel de L1.

Las láminas, pedículos y restos de estructuras que conforman los arcos posteriores sin datos de alteraciones.

Músculos paravertebrales lumbares posteriores de morfología y aspecto habitual.

TRANSCRIBIO: EB

Atte,

MEDINUCLEAR®
Imágenes Diagnósticas
"Mejores imágenes. Mejores resultados" NIT. 800 223 618-0

EDWIN BELALCAZAR
MEDICO RADIOLOGO
R.M:521572

Se realiza toma de temperatura y encuesta epidemiológica con respecto a síntomas y contactos de Covid-19 previo a la exploración. Se realiza lavado de manos y utilización de elementos de protección personal durante el procedimiento diagnóstico. Se desinfectan los equipos posterior al estudio.

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital San Rafael de Pasto PASTO | COLOMBIA	OFICIO	Codigo:DIR-FO-02 Version:4 Fecha de creación: 2015/06/01 Fecha de modificación: 2019/04/26 Vigencia :2022/04/25

CERTIFICACION

La señora **ANNA CRISTINA QUIROZ** identificada con cedula **1.085.897.930** de Ipiales, está vinculada al programa de Hospitalización Parcial desde el día 20 de febrero del presente año. La jornada de asistencia al programa es de lunes a viernes en jornada de la mañana en el horario 8:00 - 11:00 am

Semanalmente recibe atención individual por el equipo terapéutico de Psiquiatría, Terapia Ocupacional y Psicología.

En constancia se firma a los 21 días del mes de febrero de 2024

Dra. MAYELLY TIBADUIZA GARCIA
Coordinadora Programa Hospitalización Parcial-Hospital día

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : martes, 30 abril 2024
1/1

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

PSIQUIATRÍA - EVOLUCIÓN MÉDICA DIARIA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 62 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificacion:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 0 Meses / 12 Dias	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	LAS MERCEDE	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	SAN JUAN DE PASTO	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	EPS SANITAS S.A.S	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL INGRESO

Responsable:	OSCAR JAVIER YELA	**Teléfono Resp:**	3178791470
Dirección Resp:	CALLE 20 A #3 - 12 LAS MERCEDES	**Nº Ingreso:**	9099 **Fecha:** 20/02/2024 8:06:00 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

LISTADO DE EXAMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario
OBSERVACIONES:	en 30 dias		
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	4	Rutinario
OBSERVACIONES:	1 sesion semanal por 1 mes		
890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1	Rutinario

OBSERVACIONES: Paciente femenina de 38 años
diagnostico
trastorno mixto de ansiedad y depresión
fibromialgia y citalgia en seguimiento con fisiatría
estresores a nivel laboral de larga data
Paciente con varias enfermedades en el sistema osteomuscular, que generan dolor y que pueden perpetuar clínica tratada por esta especialidad. en el momento se encuentran en tratamiento por las especialidades correspondientes. se debe intentar reestablecer la funcionalidad de la paciente en todos los ambientes, incluido la actividad laboral. por patologías descritas y estresores laborales de larga data solicito valoración por medicina del trabajo para valoración y definir origen de enfermedad.

Medico: QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
Registro: 32908799

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

DQUIÑONESC

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : martes, 30 abril 2024
1/1

FÓRMULA MÉDICA

EXTERNO

PSIQUIATRÍA - EVOLUCIÓN MÉDICA DIARIA

DATOS DEL INGRESO

Nº Historia Clínica:	1085897930	**Nº Folio:**	62 **Folio Asociado:**
Fecha de Ingreso:	20/02/2024 8:06:00 a. m.	**Nº Ingreso:**	9099
Fecha de Formulación:	30/04/2024 9:44:22 a. m.	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO			**Identificacion:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986	**Edad Actual:**	38 Años / 0 Meses / 12 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	LAS MERCEDE			**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	SAN JUAN DE PASTO			**Ocupación:**	
Grupo etnico:	MESTIZO				

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	EPS SANITAS S.A.S	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACUDIENTE

Nombre Acudiente:	OSCAR JAVIER YELA	**Teléfono Acud:**	3178791470
Dirección Acud:	CALLE 20 A #3 - 12 LAS MERCEDES	**Parentesco**	ESPOSO
Nombre Acompañate:			

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: N06AB0501 PAROXETINA 20 MG TABLETA — Valor Dispensado OPL $ 0,00 — **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 20MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: FORMULARA PARA 90 DIAS
paroxetina 20 mg 1 tableta y media a las 08:00 am despues de un alimento

Medicamento: N06AX2101 DULOXETINA 30 MG CAPSULA — Valor Dispensado OPL $ 0,00 — **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 30MG **Unidad:** CÁPSULA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 1,0 **Duración:** 90
Observaciones: tomar 1 a las 08:00 pm
formula para 90 dias

Medicamento: R06AA0203 DIFENHIDRAMINA 50 MG CAPSULA — Valor Dispensado OPL $ 0,00 — **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 50MG **Unidad:** CÁPSULA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: difenhidramina 50 mg 0-0-2
tomar 2 a las 09:00 pm
formula para 3 meses

Total Items: 3

QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
RM: 32908799

DQUIÑONESC

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : martes, 30 abril 2024
1/1

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº603

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 30/abril/2024 09:44 a. m. Lugar expedición:
Médico: 32908799 DIANA CAROLINA QUIÑONES CAICEDO
Información Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1085897930 **Edad:** 38 Años / 0 Meses / 12 Días **F. Nacimiento:** 19/04/1986
Entidad: EPS005 EPS SANITAS S.A.S

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 3
Grupo de servicios: Internacion
Diagnostico Principal: F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Presunto Origen: Comun
Causa motiva atención:

Fecha Inicial: 30/abril/2024 **Fecha Final:** 02/mayo/2024
Modalidad: Intramural
Diagnostico Relacionado:
Prorroga: No
Incapacidad retroactiva: Ninguna

QUIÑONES CAICEDO DIANA CAROLINA
RM: 32908799

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

Usuario: DQUIÑONESC

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 9 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 8 Meses / 27 Días
Estado Civil: UnionLibre
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Teléfono: 3103805827 3178791470
Procedencia: PASTO
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Régimen: Contributivo
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Cama:

Diagnóstico:
R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS: **Fecha Solicitud:** 15/01/24 09:19

Servicio:	931001 - 29112	TERAPIA FISICA INTEGRAL	**Cantidad:**	30	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	SINDROME DE FIBROMIALGIA .					
Servicio:	933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD	**Cantidad:**	30	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	SINDROME DE FIBROMIALGIA					
Servicio:	938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	**Cantidad:**	30	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	SINDROME DE FIBROMIALGIA .					
Servicio:	890343DOL	CONSULTA DE CONTROL POR DOLOR	**Cantidad:**	1	**Estado:**	Rutinario
Observaciones:	CONTROL EN 120 DIAS					

Total Ítems: 4

CIREN

CIREN

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

Fecha Actual : lunes, 15 enero 2024

(1) 2542251582 Knens 15/01/24

(2) 2542253507 Hispano 15/01/24

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

FORMULA MEDICA
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
FECHA SOLICITUD: 15/01/2024 9:19:57 a. m.

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 9 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 8 Meses / 27 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827 3178791470
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	459751	**Fecha Ingreso:**	15/01/2024 8:10:21 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General
		Cama:	

Diagnóstico:
R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

MEDICAMENTOS	DE CONTROL	Cantidad	No Días Horas Meses	Cant Total
Medicamento: N06026 DULOXETINA 30 MG TABLETA RECUBIERTA				
Concentracion: 30 MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral				
Observaciones: 1 TABLETA DIA		1	120	120
Medicamento: M01016 CLONIXINATO DE LISINA 125 MGCICLOBENZAPRINA CLORHIDRATO 5 MG (DORIXINA RELAX)				
Concentracion: 125 MG-5 MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral				
Observaciones: 1 TABLETA CADA 12 HORAS		2	20	40

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

JOSE ALVAREZ

Fecha Actual : lunes, 15 enero 2024

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 15/01/2024 9:19 **Registro** 9

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	37 Años / 8 Meses / 27 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	459751 Fecha Ingreso: 15/01/2024		

Motivo de Consulta

DOLOR EN TODO EL CUERPO

Enfermedad Actual

PACIENTE CON ANTECDETE DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MANEJO POR PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA . DESDE HACE UNOS MESES DOLOR GENERALIZADO EN TODO EL CUERPO.GRUPOS MUSCULARES DEL CUELLO ,EXTREMIDADES Y DORSO .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Anormal	**Endocrino**	Normal
		MARCHA PUNTA TALON SIN ALTERACIONES.LASAGUE NEGATIVO . PUNTOS DOLOROSOS DE LEVE INTENSIDAD EN ZONA DORSAL,EXTREMIDADES,TORAX ANTERIOR . NO COMPROMISO A LA DORSIFLEXION LUMBAR.			
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A.	120 / 60	**T.A.M.**	80,00	**F.C.**	78	min	**F.R.**	15	min	**Tº**	36,50	ºC	**Glasgow** /15
Peso	67,00 Kgs	**Talla**	162,00 Mts	**IMC**	25,53	Sobrepeso				**S.C.T.**	150,75	M²	**SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio
Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal

Powered by CamScanner

Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal
Exámen Mental	Normal	**Sistema Nervioso**	Normal		

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

Plan de Manejo

ANALGESIA ,TERAPIA MODALIDADES FISICAS E HIDRAULCAS . MODULADORES .

CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE FIBROMIALGIA . PACIENTE CON GRAN CARGA DE ANSIEDAD Y DEPRESION . AL PARECER EL CUADRO CLINICO TIENE BASES EMOCIONALES IMPORTANTES RELACIONADAS CON SU VINCULO LABORAL .

Paraclínicos

RX LUMBAR : SIGNOS INDIRECTOS DE DISCOPATIA LUMBAR CON SIGNOS DE ANTEROLISTESIS DE L4-L5 .

Indicaciones Médicas

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
Observaciones SINDROME DE FIBROMIALGIA .
Servicio 933300 TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
Observaciones SINDROME DE FIBROMIALGIA
Servicio 938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
Observaciones SINDROME DE FIBROMIALGIA .
Servicio 890343DOL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Observaciones CONTROL EN 120 DIAS

Medicamentos

N06026 DULOXETINA 30 MG TABLETA RECUBIERTA
1 TABLETA DIA

M01016 CLONIXINATO DE LISINA 125 MGCICLOBENZAPRINA CLORHIDRATO 5 MG (DORIXINA RELAX)
1 TABLETA CADA 12 HORAS

COVID-19

1. ¿Ha viajado fuera del departamento o del pais los últimos 15 días?. Si su respuesta es positivanombrar cual
NO

2. ¿Ha tenido contacto con alguna persona sospechosa o confirmada para Covid-19?
NO

3. Usted a presentado los siguientes síntomas en los últimos 14 días

Fiebre cuantificada mayor o igual a 38°C	NO
Tos y/o dificultad respiratoria. ¿Le falta el aire?	NO
Odinofagia. ¿Tiene dolor de Garganta?	NO
Fatiga/adinamia. ¿Se cansa fácilmente al caminar o subir las grada?	NO

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INDICACION MEDICA

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 9 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificacion:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 8 Meses / 27 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827 3178791470
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa
Detalle:

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

Nit 901243673-8

Unidad de Fisiatría
Contribuimos con tu bienestar

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C. 1085897930 **FECHA IMPRESION** 22/feb./2024 **ID ADMISION** 170005

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA							DOC. ID.	CC1085897930		
EC. NAC.	19/04/1986							EDAD	37 Años		
P.S.	EPS SANITAS SAS							DOMICILIO	PASTO		
XP	M511	DXR1	M544	DXR2	M531	DXR3	R522	TELÉFONO	3103805827		
IUDAD	PASTO							BARRIO	URBANO		
SUARIO	CONTRIBUTIVO - AMBULATORIO							ESTRATO		PESO	TALLA

CODIGO	ESPECIFICACIÓN	CANTIDAD No.	CANTIDAD LETRAS	CANTIDAD ENTREGADA	FECHA HORA ORDENADO	DIAS TTO.
90364	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA. OBSERVACION: CONTROL AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO	1	UNO		22/02/2024 10:02	
90202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS. OBSERVACION: VALORACION POR CIRUJANO DE COLUMNA.	1	UNO		22/02/2024 10:00	
31002	TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPEÑO. OBSERVACION: PAQUETE PARA EL MANEJO DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TRATAMIENTO DE DESCOMPRESION VERTEBRAL EN REGION LUMBAR A NIVEL DE L4-L5. 20 SESIONES. DAR INDICACIONES DE RHB DE COLUMNA LUMBAR.	3	TRES		22/02/2024 10:00	

CLINICA HISPANOAMERICA ORDEN FACTURADO

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

Nit 901243673-8

Unidad de fisiatría
Construimos con tu Bienestar

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C.	1085897930		FECHA	22/feb./2024		ADMISION	170005		
PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA							DOC. ID.	CC1085897930
FEC. NAC.	19/04/1986							EDAD	37 Años
E.P.S.	EPS SANITAS SAS							DOMICILIO	PASTO
DXP	M511	DXR1	M544	DXR2	M531	DXR3	R522	TELEFONO	3103805827

RECOMENDACIONES FUNCIONALES:

EVITAR CARGAS AXIALES A LA COLUMNA Y AL MIEMBRO SUPERIOR QUE SUPEREN 1 KILO BIMANUAL ,
NO PERMANECER EN UNA MISMA POSICION MAYOR A 10 MINUTOS,
DEBE PERMITIRSE CAMBIOS FRECUENTES DE POSICION DE SEDENTE A BIPEDESTACION Y DE BIPEDESTACION A SEDENTE.

* SE SUGIERE PASAR POR EVALUACION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SU EMPRESA PARA UNA EVALUACION FORMAL Y EMISION DE RECOMENDACIONES LABORALES AJUSTADAS A SU TRABAJO.

Dr(a). MENA ROSALES MELISSA JULIANA
R.M. 522462
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ENFERMEDAD ACTUAL

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C. 1085897930 - 170005 FECHA 22/02/2024 09:11

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	DOC. ID.	CC1085897930
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	19/04/1986
E. CIVIL		EDAD	37 Años
OCUPACIÓN	OTRA ACTIVIDAD NO CLASIFICADA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	PASTO	BARRIO	URBANO (Urbana)
DIRECCIÓN	PASTO	TELÉFONO	3103805827
ESTRATO	Contributivo cotizante	GS - RH	5
ACUDIENTE	N	TELÉFONO	N
EMPRESA	EPS SANITAS SAS NIT. 800251440-6		

MOTIVO CONSULTA	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. OCUPACION ASESORA COMERCIAL PROCEDENTE DE PASTO CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE CONTROL REFIERE PERSISTE CON DOLOR LUMBAR CONSTANTE DE MAYOR INTENSIDAD AL PERMANECER EN TIEMPO PROLONGADO EN BIPEDESTACION, IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. ADEMAS DORSALGIA, CERVICALGIA, MIEMBROS SUPERIORES, Y MIEMBROS INFERIORES, MANIFIESTA QUE LE REALIZARON DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA.NIEGA TRAUMATISMOS GOLPES CONTUSIONES. ASOCIA PARESTESIAS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POCA MEJORIA CON TERAPIAS FISICAS. MAYOR MEJORIA CON HIDROTERAPIAS SIN EMBARGO ES TRANSITORIA MANEJO ANALGESICO: DULOXETINA 30 MG DIARIA LISINA + CICLOBENZAPRINA CADA 12 HORAS POR PSIQUIATRIA: PAROXETINA.

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

P. ARTERIAL	120/80	PULSO	79	F. RESPIRATORIA	19	TEMPERATURA	36	PESO		TALLA	
E. FISICO	BUEN ESTADO GENERAL										

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : ARCOSD E MOVILIDAD CONSERVADOS , NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE SINOVITIS NI ESTESIS , ADECUADO TROFISMO MUSCULAR , DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN BRAZOS Y ANTEBRAZOS
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS , NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE SINOVITIS NI ESTESIS , ADECUADO TROFISMO MUSCULAR. DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN GLUTEOS , MUSLOS Y PANTORRILLAS
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN REGION CERVICAL , DORSAL Y LUMBAR , CONSERVA ALINEACION
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : FUERZA 4+/5 GENERALIZADA , RMT ++/++ SENSIBILIDAD CONSERVADA , MARCHA INDEPENDIENTE , REALIZA PUNTAS Y TALONES

EVALUACION PARACLINICOS	Rnm de columna lumbosacra del 27/01/2024 disminucion de intensidad de señal del disco intervertebral l4l5. extrusion posterocentral con migracion cefalica del contorno discal l4l5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural,

Powered by CamScanner

	contacta y desplaza raiz nerviosa de l5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices l4 bilaterales amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones.
DX PRINCIPAL	M511 - Trastorno de disco lumbar y otros- con radiculopatia
TIPO DX	Impresión diagnostica
CAUSA EXTERNA	Enfermedad general
RELACIONADO 1	M544 - Lumbago con ciatica
RELACIONADO 2	M531 - Sindrome cervicobraquial
RELACIONADO 3	R522 - Otro dolor cronico
DIAGNOSTICO CLINICO	Fibromialgia
ANALISIS Y PLAN	Paciente con cuadro de dolor cronico con sensibilizacion central, parestesias en miembros superiores y miembros inferiores, manifiesta mayor dolor en region lumbar irradiado a miembros inferiores de predominio izquierdo. al examen fisico con arcos de movilidad conservados, adecuado trofismo muscular, no evidencio inestabilidades articulares ni signos inflamatorios. lo cual esta a favor de fibromialgia ademas por alteraciones en estado de animo, alteraciones en la memoria, trastorno del sueño niega traumatismos golpes contusiones. antecedente importante de trastorno de ansiedad y depresion en seguimiento por psiquiatria reporte de radiografia de columna cervical normal, dorsal con actitud escoliotica, y lumbar con anterolistesis l4 sobre l5. por lo que considero necesario solicitar resonancia de columna lumbosacra, la cual reporta: extrusion posterocentral con migracion cefalica del contorno discal l4l5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural, contacta y desplaza raiz nerviosa de l5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices l4 bilaterales amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones. por lo anterior considero necesario valoracion por cirujano de columna para evaluar posibilidades de manejo avanzado estudio electrodianostico de cuatro extremidades sin evidencia electrofisiologica de neuropatia o radiculopatia, por el momento indico manejo de dolor musculoesqueletico con tratamiento de descompresion vertebral en region lumbar a nivel de l4-l5. 20 sesiones. dar indicaciones de rhb de columna lumbar. ajusto neuromodulador, relajante muscular doy recomendaciones sobre realizar actividad fisica regular para favorecer condiciones mioarticulres se dan recomendaciones funcionales las cuales son para actividades de la vida diaria. se sugiere pasar por evaluacion de seguridad y salud en el trabajo de su empresa para una evaluacion formal y emision de recomendaciones laborales ajustadas a su trabajo. se explica ampliamente a la paciente refiere entender y aceptar se dan indicaciones y recomendaciones preventivas. control por fisiatria al finalizar tratamiento.

SOLICITUDES

CODIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CANTIDAD
890364	Consulta de control por fisiatria. OBSERVACION: Control al finalizar el tratamiento	22/02/2024 10:02	1
890202	Consulta de primera vez por otras especialidades médicas. OBSERVACION: Valoracion por cirujano de columna.	22/02/2024 10:00	1
931002	Terapia con ondas de choque incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensoriomotores del desempeño. OBSERVACION: Paquete para el manejo de dolor musculoesqueletico con tratamiento de descompresion vertebral en region lumbar a nivel de l4-l5. 20 sesiones. dar indicaciones de rhb de columna lumbar.	22/02/2024 10:00	3

INDICACIONES

Fecha: 22/02/2024 10:04 MENA ROSALES MELISSA JULIANA
TIOCOLCHICOSIDO 4 MG + ACETAMINOFEN 325 MG TAB.
, CANTIDAD 60 SESENTA
, TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS
, FORMULA POR 30 DIAS

Fecha: 22/02/2024 10:03 MENA ROSALES MELISSA JULIANA
PREGABALINA CAP 75 MG
, CANTIDAD 60 SESENTA
, TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE
, FORMULA POR 60 DIAS

Fecha: 22/02/2024 10:01 MENA ROSALES MELISSA JULIANA
RECOMENDACIONES FUNCIONALES:
EVITAR CARGAS AXIALES A LA COLUMNA Y AL MIEMBRO SUPERIOR QUE SUPEREN 1 KILO BIMANUAL ,
NO PERMANECER EN UNA MISMA POSICION MAYOR A 10 MINUTOS,
DEBE PERMITIRSE CAMBIOS FRECUENTES DE POSICION DE SEDENTE A BIPEDESTACION Y DE BIPEDESTACION A SEDENTE.

* SE SUGIERE PASAR POR EVALUACION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SU EMPRESA PARA UNA EVALUACION FORMAL Y EMISION DE RECOMENDACIONES LABORALES AJUSTADAS A SU TRABAJO.

Powered by CamScanner

MEDFAM S.A.S

REIMPRESIÓN INTERCONSULTA

NUMERO DE APROBACION: 264440062

Fecha: 16/04/2024, 14:55:04

DATOS DEL PRESTADOR

Medfam S.A.S - Pasto - NIT. 900243869
Código: 520010159701
Dirección: Calle 12 No. 32 - 58 - Teléfono: 7244304
Departamento: 52-NARINO
- Municipio: 001-PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: CC 1085897930 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 19/04/1986 - Edad: 38 Años
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE - Teléfono(s): 3103805827 - 3103805827
Correo electrónico: anacris_11@yahoo.es
Carné: 10-3236240-1-1 - Historia Clínica: 1085897930
Departamento: 52-NARINO - Municipio: 001-PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Identificación: CC 1085897930
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE - Teléfono(s): 3103805827
Departamento: 19-CAUCA - Municipio: 001-POPAYAN

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente:	Consulta Externa		
Interconsulta a:	Neurocirugia		
Motivo referencia:	Por solicitud del médico tratante AMBULATORIA	**Prioridad:**	No prioritario

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: Concepto complementario para toma de decisión en el tratamiento actual (PAC)
malformacin de chiari tipo I

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con COMPANIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA SAS
CR 41 19 D 147, 3174009959, PASTO (SAN JUAN DE PASTO) - NARINO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dra Emilia Burgos R.
MEDICINA INTERNA
RM. 1144031428

Emilia Idaly Burgos Rodriguez - Medicina Interna
CC 1144031428 - Registro médico 1144031428

- Impreso: 16/04/2024, 15:08:47 Impresión realizada por: elburgos Página 1 de 3

Original

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 19/06/2024 8:09 **Registro** 16

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS		
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Grupo Poblacional:		Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Tipo Afiliado:	Cotizante
Ingreso:	522440 Fecha Ingreso: 19/06/2024	Cama:	

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE CONOCIDA CON CUADRO DE DOLOR CRONICO. CEALEA DE DIFICIL MANEJO . FUE VALOSRADA OR NEUROCIRUGIA . SE REALIZO RMN CEREBRAL CON HALLAZGO DE MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1. REFIERE QUE LA CEFALE A ES DIFICIL DE CONTROLAR .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80,00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **Tº** 36,50 **ºC** **Glasgow** /15

Peso 64,00 Kgs **Talla** 163,00 Mts **IMC** 24,09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio
Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal

Powered by CamScanner

Exámen Mental Normal **Sistema Nervioso** Normal

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

Plan de Manejo

ANALGESIA. INYECCION TRANSFORAMINAL DE SUSTANCIA ANALGESICA GUADO POR IMAGENES . BLOQUEO PERIDULAR SIMPATICO LUMBAR . TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS. PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS . EVITAR MOVIMIENTOS DE IMPACTO SOBRE LA COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR . ERGONOMIA EN AREA LABORAL . EVITAR SITUACIONES TENSIONANTES. CONSIDERAR TRABAJO EN CASA. VALORCION POR MEDICINA LABORAL.CONSIDERAR REUBICACION

PACIENTE CON CEFALEA SECUNDARIA MUY PROBABLE A MALFORMACION DE CHIARI TIPO1. LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPATIA DISCAL CON SIGNOS DE RADICULOPATIA .

Paraclínicos

RMN CEREBRAL: MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1 . LUMBAR . DISMINUCION DE LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL DE DISCO DE L4-L5,EXTRUCCION POSEROCENTRAL CON MIGRACION CEFALICA QUE CONTACTA Y COMPRIME SACO DURAL . COMPROMISO DE LA RAIZ DE L5 IZQUIERDA . COMPROMISO DE RAICES FORAMINALES DE L4 BILATERAL

Indicaciones Médicas

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 933300 TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
Observaciones SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS
Servicio 890262 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
Observaciones PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA
Servicio 938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
Observaciones FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO

Procedimientos Quirúrgicos

Servicio 048403 INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS
Observaciones GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO
Requerimientos
Servicio 053114 BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)
Observaciones
Requerimientos

Medicamentos

N06028 DULOXETINA 60MG TABLETAS
1 TABLETA DIA

M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL
1 TABLETA DIA

N02044 ACETAMINOFEN/CODEINA 325 MG + 8 MG TAB
1 TABLETA CADA 12 HORAS

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 2024

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 16 **Folio Asociado:**

istoria Clínica: 1085897930
OS PERSONALES
bre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
a Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
cción: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
edencia: PASTO
dad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
ngreso: 522440
lidad Consulta: No_Aplica
gnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

TADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

IGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
03	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	1	Rutinario
ADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO	27098475		
14 - 1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)	1	Rutinario

Total Ítems: 2

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA [illegible] S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 16 Folio Asociado:

º Historia Clínica: 1085897930

ATOS PERSONALES

ombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
echa Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
irección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
rocedencia: PASTO
ntidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
lan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
º Ingreso: 522440
inalidad Consulta: No_Aplica
Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

ISTADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS	30	Rutinario
890262 - 39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRA COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA	1	Rutinario
938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO	30	Rutinario

Total Ítems: 3

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

FORMULA MEDICA
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
FECHA SOLICITUD: 19/06/2024 8:09:34 a. m.

Nº Historia Clínica: 1085897930
DATOS PERSONALES
Nº Folio: 16 **Folio Asociado:**

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 522440
Finalidad Consulta: No_Aplica

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha Ingreso: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General
Cama:

Diagnóstico:
R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE
M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

MEDICAMENTOS	Cantidad/Dosis diaria	No Días Horas Meses	Cant Total
Medicamento: N06028 DULOXETINA 60MG TABLETAS **Concentracion:** 60MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Observaciones:** 1 TABLETA DIA	1	120	120
Medicamento: M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL **Concentracion:** 5 MG **Unidad:** UNIDAD **Vía Administración:** Oral **Observaciones:** 1 TABLETA DIA	1	120	120
Medicamento: N02044 ACETAMINOFEN/CODEINA 325 MG + 8 MG TAB **Concentracion:** 325MG+8 MG **Unidad:** UNIDAD **Vía Administración:** Oral **Observaciones:** 1 TABLETA CADA 12 HORAS	2	30	60

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional 521546

JOSE ALVAREZ

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 2024

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C. 1085897930 - 178626 **FECHA** 18/06/2024 08:40

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	DOC. ID.	CC1085897930
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	19/04/1986
E. CIVIL		EDAD	38 Años
OCUPACIÓN	OTRA ACTIVIDAD NO CLASIFICADA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	PASTO	BARRIO	URBANO (Urbana)
DIRECCIÓN	PASTO	TELÉFONO	3103805827
ESTRATO	Contributivo cotizante	GS - RH	5
ACUDIENTE	N	TELÉFONO	N
EMPRESA	EPS SANITAS SAS NIT. 800251440-6		

MOTIVO CONSULTA	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. OCUPACION. ASESORA COMERCIAL PROCEDENTE DE PASTO CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE ASISTE A CONSULTA . REFIERE DOLOR GENERALIZADO A NIVEL POLIARTICULAR DE INICIO EN MARZO 2023, DOLOR MIEMBROS SUPERIORES, Y MIEMBROS INFERIORES. MANEJO DE MEDICINA GENERAL, MANEJO DE URGENCIAS, MEDICINA INTERNA. MANEJO TRAMADOL, AINES. EN MANEJO POR PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA , MEDICINA DEL DOLOR, FISIATRIA. ACTUALMENTE REFIERE CEFALEA, DOLOR CERVICAL, DOLOR DORSAL, DOLOR LUMBAR. REALIZO TERAPIA FISICA 50 SESIONES . HIDROTERAPIAS 80 SESIONES . REALIZO TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE. MANIFIESTA QUE LE REALIZARON DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA. FIBROMIALGIA. REQUIERE RNM DE COLUMNA CERVICAL, VALORACIOPN POR REUMATOLGIA . VALORACION POR NEUROLOGIA POR CEFALEA . VALORACION POR PSIQUIATRIA .VALORACION POR MEDICINA DEL DOLOR . PARACLINICOS DE AR . TSH ,. GLICEMIA. CPK , ALDOLASA . TERAPIA FISICA PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA Y ACONDICIONAMIENTO FISICO . PREGABALINA 25 MG . CODEINA 8 MG . CONTROL CON RESULTADOS.

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

P. ARTERIAL	120/80	PULSO	79	F. RESPIRATORIA	19	TEMPERATURA	36.5	PESO		TALLA	
E. FISICO	12/18 PUNTOS GATILLO PARA FIBROMIALGIA .										

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : DOLOR EDE HOMBROS , CODOS Y PUÑOS
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : DOLOR DE CADERAS , RODILLAS Y TOBILLOS .
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : DOLOR EN PARAESPINALES CERVICALES, DORSALES Y LUMBARES
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : HOFFMAN +. REFLEJOS SIMETRICOS . FM 5/5

EVALUACION PARACLINICOS	Rnm de columna lumbosacra del 27/01/2024 disminucion de intensidad de señal del disco intervertebral l4-l5. extrusion posterocentral con migracion cefalica del contorno discal l4l5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural, contacta y desplaza raiz nerviosa de l5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices l4 bilaterales amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones. edx del 17 de octubre del 2023 con estudio normal. sin evidencia electrofisiologica de neuropatia, polineuropatía, de radiculopatia cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrinseca de la fibra muscular. rnm cerebral del 02 de abril del 2024 con hallazgos con malformacion chiari tipo i
DX PRINCIPAL	M511 - Trastorno de disco lumbar y otros- con radiculopatia
TIPO DX	Confirmado repetido
CAUSA EXTERNA	Enfermedad general
RELACIONADO 1	M519 - Trastornos de los discos intervertebrales- no especificado

Powered by CamScanner

RELACIONADO 2	M255 - Dolor en articulacion
RELACIONADO 3	M791 - Mialgia
DIAGNOSTICO CLINICO	Dolor cronico de dificil manejo , dolor poliarticular, fibromialgia cefalea, dolor cervical , dorsal y lumbar mecanico , transtorno de ansiedad y depresion ,
ANALISIS Y PLAN	Se dan indicaciones y recomendaciones preventivas, se explica ampliamente a la paciente refiere entender y aceptar control por fisiatria , m

SOLICITUDES

CODIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CANTIDAD
890364	Consulta de control por fisiatria. OBSERVACION: Con resultados	18/06/2024 09:30	1
902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - vsg]	18/06/2024 09:30	1
902210	Hemograma iv [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, indices plaquetarios y morfologia electronica e histograma] método automático +	18/06/2024 09:30	1
903895	Creatinina en suero u otros fluidos	18/06/2024 09:30	1
904902	Hormona estimulante del tiroides [tsh]	18/06/2024 09:30	1
906440	Nucleares, anticuerpos [ana] por eia +	18/06/2024 09:30	1
906466	Citrulina anticuerpos [anti péptido cíclico citrulinado] semiautomatizado o automatizado	18/06/2024 09:30	1
906910	Factor reumatoideo [r.a.] cuantitativo por nefelometría +	18/06/2024 09:30	1
906913	Proteína c reactiva, cuantitativo de alta precision +	18/06/2024 09:30	1
907106	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria +	18/06/2024 09:30	1
883210	Resonancia nuclear magnetica de columna cervical simple §. OBSERVACION: Simple	18/06/2024 09:27	1
890274	Consulta de primera vez por especialista en neurología. OBSERVACION: Por cefalea	18/06/2024 09:27	1
890284	Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría	18/06/2024 09:27	1
890288	Consulta de primera vez por especialista en reumatología	18/06/2024 09:27	1

INDICACIONES

Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
*PREGABALINA CAP 25 MG
. CANTIDAD 90 NOVENTA
. TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE
. FORMULA POR 90 DIAS
*

Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
*CODEINA MAS ACETAMINOFEN TAB 8/325MG
. TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS
. CANTIDAD 60 SESENTA
. FORMULA POR 30 DIAS
*

ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
R.M. 52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 19/06/2024 8:09 **Registro** 16

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	522440 Fecha Ingreso: 19/06/2024		

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE CONOCIDA CON CUADRO DE DOLOR CRONICO. CEALEA DE DIFICIL MANEJO . FUE VALOSRADA OR NEUROCIRUGIA . SE REALIZO RMN CEREBRAL CON HALLAZGO DE MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1. REFIERE QUE LA CEFALE A ES DIFICIL DE CONTROLAR .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80,00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **T°** 36,50 °C **Glasgow** /15

Peso 64,00 Kgs **Talla** 163,00 Mts **IMC** 24,09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio

Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal

Powered by CamScanner

Exámen Mental Normal **Sistema Nervioso** Normal

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

Plan de Manejo

ANALGESIA. INYECCION TRANSFORAMINAL DE SUSTANCIA ANALGESICA GUADO POR IMAGENES . BLOQUEO PERIDULAR SIMPATICO LUMBAR . TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS. PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS . EVITAR MOVIMIENTOS DE IMPACTO SOBRE LA COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR ERGONOMIA EN AREA LABORAL . EVITAR SITUACIONES TENSIONANTES. CONSIDERAR TRABAJO EN CASA. VALORCION POR MEDICINA LABORAL.CONSIDERA REUBICACION

PACIENTE CON CEFALEA SECUNDARIA MUY PROBABLE A MALFORMACION DE CHIARI TIPO1. LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPATIA DISCAL CON SIGNOS D RADICULOPATIA .

Paraclínicos

RMN CEREBRAL: MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1 . LUMBAR . DISMINUCION DE LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL DE DISCO DE L4-L5,EXTRUCCION POSEROCENTRAL CON MIGRACION CEFALICA QUE CONTACTA Y COMPRIME SACO DURAL . COMPROMISO DE LA RAIZ DE L5 IZQUIERDA . COMPROMISO DE RAICES FORAMINALES DE L4 BILATERAL

Indicaciones Médicas

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 933300 TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
Observaciones SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS
Servicio 890262 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
Observaciones PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA
Servicio 938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
Observaciones FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO

Procedimientos Quirúrgicos

Servicio 048403 INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS
Observaciones GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO
Requerimientos
Servicio 053114 BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)
Observaciones
Requerimientos
Medicamentos

N05028 DULOXETINA 60MG TABLETAS
1 TABLETA DIA

M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL
1 TABLETA DIA

N02044 ACETAMINOFEN/CODEINA 325 MG + 8 MG TAB
1 TABLETA CADA 12 HORAS

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 16 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	522440	**Fecha:**	19/06/2024 6:46:36 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE EXÁMENES	ÁREA SERVICIO:		
CODIGO	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**ESTADO**
048403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO 2709842795	1	Rutinario
053114 - 1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)	1	Rutinario

Total Ítems: 2

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 16 Folio Asociado:

Nº Historia Clínica: 1085897930

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 522440
Finalidad Consulta: No_Aplica

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE EXÁMENES | **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD	30	Rutinario
	SEDATIVA,RELAJANTE .NO USAR CARGAS		
890262 - 39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	1	Rutinario
	PACIENTE CON CEFELA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRAN COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPERSIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA		
938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30	Rutinario
	FIBROMIALGIA . SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO		

Total Ítems: 3

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

Powered by CamScanner

HISPANOAMÉRICA

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

FORMULA MEDICA
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
FECHA SOLICITUD: 19/06/2024 8:09:34 a. m.

Nº Historia Clínica: 1085897930
DATOS PERSONALES **Nº Folio:** 16 **Folio Asociado:**

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 0 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 522440
Finalidad Consulta: No_Aplica

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha Ingreso: 19/06/2024 6:46:36 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General
Cama:

Diagnóstico:
R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE
M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

MEDICAMENTOS					Cantidad/Dosis diaria	No Días Horas Meses	Cant Total
Medicamento: N06028	DULOXETINA 60MG TABLETAS						
Concentracion: 60MG	**Unidad:** TABLETA		**Vía Administración:** Oral				
Observaciones: 1 TABLETA DIA					1	120	120
Medicamento: M03028	CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL						
Concentracion: 5 MG	**Unidad:** UNIDAD		**Vía Administración:** Oral				
Observaciones: 1 TABLETA DIA					1	120	120
Medicamento: N02044	ACETAMINOFEN/CODEINA 325 MG + 8 MG TAB						
Concentracion: 325MG+8 MG	**Unidad:** UNIDAD		**Vía Administración:** Oral				
Observaciones: 1 TABLETA CADA 12 HORAS					2	30	60

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 021 - ANESTESIOLOGIA

JOSE ALVAREZ

Fecha Actual : miércoles, 19 junio 2024

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

Sueño

Centro Cardiopulmonar Pasto

Polisomnografía Basal Con Oximetría

Nombre: QUIROZ ROSERO, ANNA CRISTINA	D.I. No: 1085897930	Edad: 38 años	IMC:25.5 kg/m²
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986	Fecha de Estudio: 15/05/2024	Genero: F	Cuello: 35 CM
Entidad de Salud: SANITAS	Estatura: 162.0 cm	Peso: 67.0 kgs	Epworth: 13/24

DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

El 15/05/2024 en el **Centro Cardiopulmonar Pasto** se llevó a cabo un estudio polisomnográfico utilizando un equipo Alice 6 de Phillips Respironics. Este dispositivo permitió la captura de diversas variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias, incluyendo electroencefalografía, electrooculografía, electromiografía de mentón y piernas, movimiento toracoabdominal, electrocardiografía, evaluación de flujo con termistor y cánula de presión nasal, pulsioximetría, así como la detección de ronquidos y la posición del paciente durante el sueño.

I. ANÁLISIS DE PARÁMETROS DEL SUEÑO:

Se procedió a realizar una lectura manual de las diversas variables, siguiendo las recomendaciones establecidas en el Manual de Calificación de Sueño y Eventos Asociados de la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) versión 3.0.

Eficiencia del Sueño: Durmió 295.5 minutos de los 385.5 minutos que permaneció en cama lo que nos da una eficiencia de 76.7 % (rango normal de 85% o más para adultos)
Latencia del Sueño: El tiempo que transcurrió desde el momento en que se apaga la luz hasta que el paciente se duerme fue de 34.8 minutos. (Latencia normal en adultos es de 10 a 30 min).
Latencia del Sueño R: El tiempo transcurrido desde el comienzo del sueño NREM y la primera época de sueño REM fue de 89.5 minutos. (Tiempo normal en adultos es de 90 a 120 min).
Distribución de las fases del sueño: El porcentaje de sueño REM observado en el presente estudio fue del 15.4 % (porcentaje normal del 20% al 25%). El porcentaje de sueño N3 se observó en el 6.9 % (porcentaje normal del 15% al 20%).

II. ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS RESPIRATORIOS:

Eventos obtenidos: El índice eventos respiratorios asociados al sueño se estimó en 4.1/hora.
Saturación de Oxígeno: La desaturación mínima fue de 87%. La saturación de Oxígeno promedio obtenida en vigilia fue del 91%, durante sueño NREM fue de 90% y en sueño REM fue de 90%.

III. Análisis de parámetros asociados: La frecuencia cardiaca promedio durante el estudio fue de 68.1 latidos por minuto.

Powered by CamScanner

OPINIÓN:

1. **QUIROZ ROSERO, ANNA** de 38 años, a quien se le realizó un estudio de polisomnografía basal. Donde se evidencia una **baja** eficiencia de sueño, **disminución** de la proporción del sueño REM y del sueño profundo N3.

2. El índice de eventos respiratorios hallados fue (IAH: 4.1/h) lo que clasifica dentro del rango de **NORMALIDAD.**

3. La desaturación mínima fue de 87%, la saturación de Oxígeno promedio obtenida en vigilia fue del 91%, durante sueño NREM fue de 90% y en sueño REM fue de 90%. **T90: 12.1 %**

4. La frecuencia cardiaca promedio fue de 68.1 latidos por minuto durante el sueño y no se observaron alteraciones del ritmo cardiaco durante los eventos respiratorios. índice de movimiento de piernas 8.5.

Estos hallazgos deben ser evaluados en relación a la condición clínica del paciente y sus factores de riesgo, con el propósito de establecer la conducta más adecuada. Es esencial enfatizar la necesidad de mantener medidas efectivas de higiene del sueño y control de peso.

Atentamente,

Dr. Erik Casanova Silva
Neumología – Medicina del Sueño.

Powered by CamScanner

ARQUITECTURA DEL SUEÑO

Hora de apagado de luces:	10:35:17 PM
Hora de encendido de luces:	5:00:47 AM
Tiempo de grabación total (TGT):	389.3 minutos
Tiempo en cama (TC):	385.5 minutos
Tiempo de período de sueño (TPS):	350.5 minutos
Tiempo de sueño total (TST):	295.5 minutos
Eficiencia del sueño:	76.7 %
Comienzo del sueño:	34.8 minutos
DTIS:	55.2 minutos
Latencia REM (desde comienzo del sueño):	89.5 minutos
Latencia REM (desde apagado de luces):	124.3 minutos

Estadificación del sueño	Duración	% TST	Rango
N 1:	5.5 minutos	1.9 %	3% – 8%
N 2:	224.0 minutos	75.8 %	45% – 55%
N 3:	20.5 minutos	6.9 %	15% – 20%
R:	45.5 minutos	15.4 %	20% – 25%

DATOS RESPIRATORIOS

	AC	AO	AM	Apnea	Hipop.*	A + H	RERA	Total
Número:	3	3	0	6	14	20	0	20
Dur. media (s):	10.0	11.3	0.0	10.7	14.3	13.2	0.0	13.2
Dur. máx. (s):	10.0	13.0	0.0	13.0	18.5	18.5	0.0	18.5
Dur. total (min) :	0.5	0.6	0.0	1.1	3.3	4.4	0.0	4.4
% de TST:	0.2	0.2	0.0	0.4	1.1	1.5	0.0	1.5
Índice (n.°/h TST) :	0.6	0.6	0.0	1.2	2.8	4.1	0.0	4.1
Recuento de REM:	0	2	0	2	9	11	0	11
Recuento de NREM:	2	1	0	3	2	5	0	5
Índice de REM:	0.0	2.6	0.0	2.6	11.9	14.5	0.0	14.5
Índice de NREM:	0.5	0.2	0.0	0.7	0.5	1.2	0.0	1.2

*Los valores de Índice anteriores se basan en el tiempo de sueño total. ■ Las hipopneas se han puntuado según la definición de la AASM. VIII4.B (3% desaturación).

RESPIRACIÓN DE CHEYNE STOKES

Ninguno

Powered by CamScanner

EVENTOS RESPIRATORIOS (POR POSICIÓN CORPORAL)

	Duración (min)	Sueño (%)	REM (%)	NREM (%)	AC (#)	AO (#)	AM (#)	HIP (#)	IAH (n.º/h)	RERA (#)	ITR (n.º/h)	Desat. (#)
Supino	332.3	85.1	13.6	71.4	3	3	0	14	4.2	0	4.2	16
Izquierda:	2.4	4.2	0.0	4.2	0	0	0	0	0.0	0	0.00	0
Derecha:	15.8	80.4	1.3	79.1	0	0	0	0	0.0	0	0.00	1

MOVIMIENTOS DE EXTREMIDADES

	Recuento	Índice (n.º/h)
Movimiento de piernas total:	42	8.5

RESUMEN DE RONQUIDOS

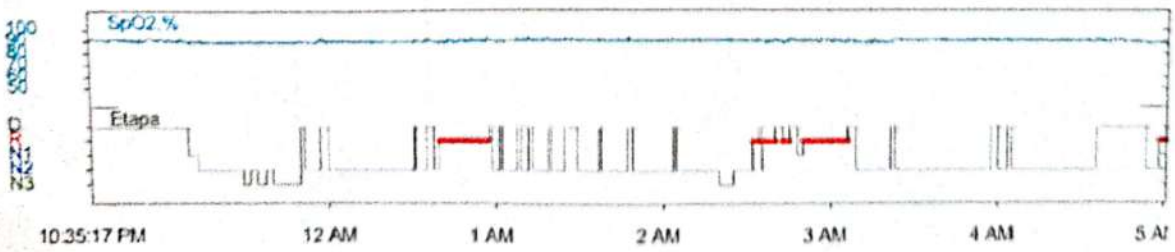
Episodios de ronquidos:	0
Tiempo con ronquidos total:	0 min

SATURACIÓN DE OXÍGENO

	DESPERTAR		NREM		REM		TC	
	Hora		Hora		Hora		Hora	
<95%:	88.7	23.0	249.9	64.8	45.5	11.8	384.1	99.6
<90%:	5.7	1.5	31.4	8.1	9.5	2.5	46.6	12.1
<85%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<80%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<75%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<70%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<60%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
< 50%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

% de SpO2 mínima: 87%.

DISTRIBUCIÓN DE SATURACIÓN DE OXÍGENO



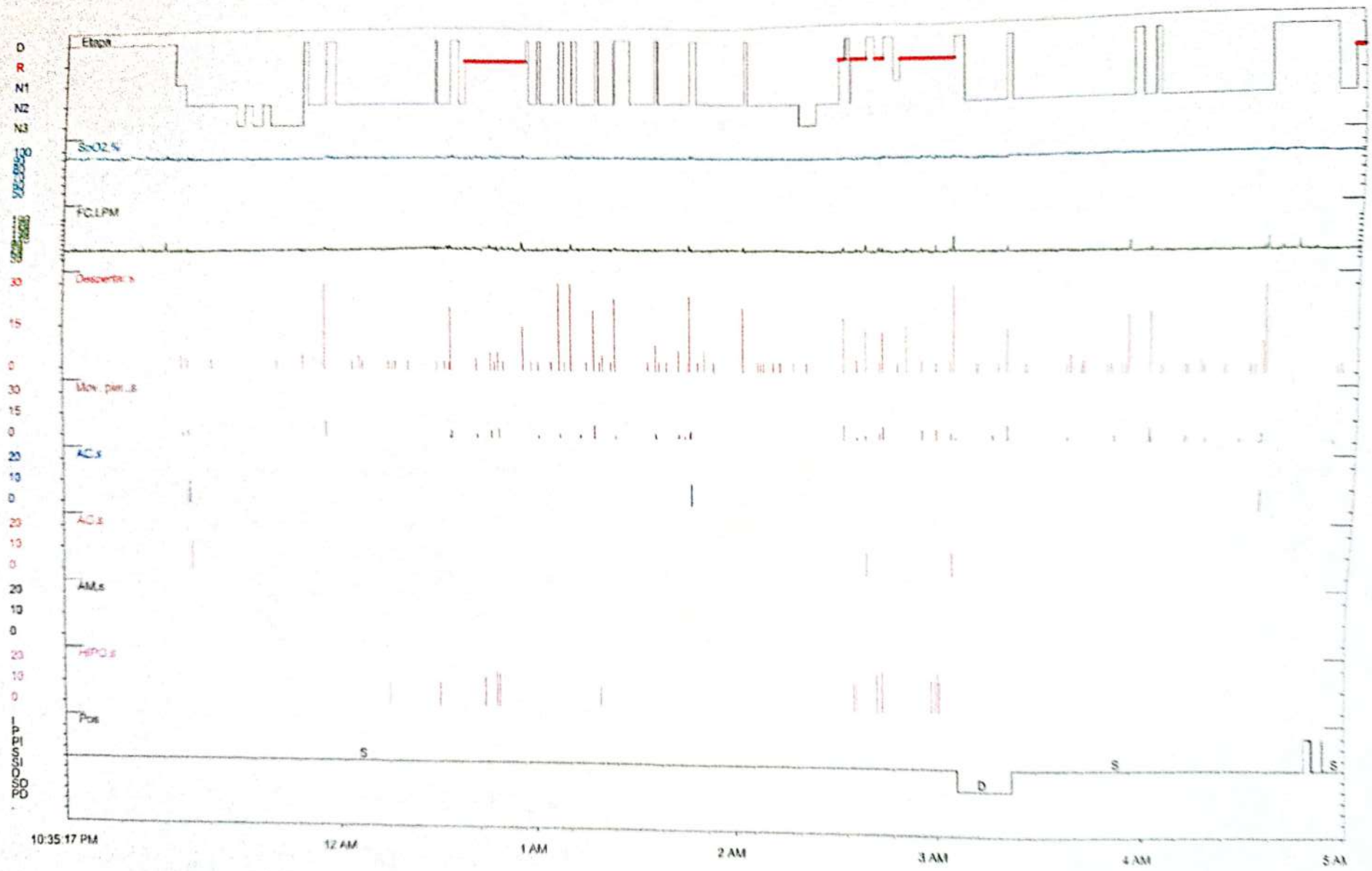
RESUMEN CARDÍACO

Frecuencia cardiaca media durante el sueño:	68.1 lpm
Frecuencia cardiaca más alta durante el sueño:	126 lpm
Frecuencia cardiaca más alta durante la grabación (TC):	126 lpm

Powered by CamScanner

Nombre del paciente: QUIROZ ROSERO, ANNA

Hipnograma de toda la noche



Sleepware G3 Philips Respironics

Powered by CamScanner

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel.7220595 Cel.300 7780586
San Juan de Pasto

No. H. C. 1085897930 - 178626 **FECHA** 18/06/2024 08:40

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	DOC. ID.	CC1085897930
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	19/04/1986
E. CIVIL		EDAD	38 Años
OCUPACIÓN	OTRA ACTIVIDAD NO CLASIFICADA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	PASTO	BARRIO	URBANO (Urbana)
DIRECCIÓN	PASTO	TELÉFONO	3103805827
ESTRATO	Contributivo cotizante	GS - RH	5
ACUDIENTE	N	TELÉFONO	N
EMPRESA	EPS SANITAS SAS NIT. 800251440-6		

MOTIVO CONSULTA	LA ATENCION SE REALIZARA APLICANDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19. OCUPACION. ASESORA COMERCIAL PROCEDENTE DE PASTO CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE ASISTE A CONSULTA . REFIERE DOLOR GENERALIZADO A NIVEL POLIARTICULAR DE INICIO EN MARZO 2023, DOLOR MIEMBROS SUPERIORES, Y MIEMBROS INFERIORES. MANEJO DE MEDICINA GENERAL, MANEJO DE URGENCIAS, MEDICINA INTERNA. MANEJO TRAMADOL, AINES. EN MANEJO POR PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA , MEDICINA DEL DOLOR, FISIATRIA. ACTUALMENTE REFIERE CEFALEA, DOLOR CERVICAL, DOLOR DORSAL, DOLOR LUMBAR. REALIZO TERAPIA FISICA 50 SESIONES . HIDROTERAPIAS 80 SESIONES . REALIZO TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE. MANIFIESTA QUE LE REALIZARON DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA. FIBROMIALGIA. REQUIERE RNM DE COLUMNA CERVICAL, VALORACIOPN POR REUMATOLGIA . VALORACION POR NEUROLOGIA POR CEFALEA . VALORACION POR PSIQUIATRIA .VALORACION POR MEDICINA DEL DOLOR . PARACLINICOS DE AR . TSH ,. GLICEMIA. CPK , ALDOLASA . TERAPIA FISICA PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA Y ACONDICIONAMIENTO FISICO . PREGABALINA 25 MG . CODEINA 8 MG . CONTROL CON RESULTADOS.

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

P. ARTERIAL	120/80	PULSO	79	F. RESPIRATORIA	19	TEMPERATURA	36.5	PESO		TALLA	
E. FISICO	12/18 PUNTOS GATILLO PARA FIBROMIALGIA .										

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : DOLOR EDE HOMBROS , CODOS Y PUÑOS
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : DOLOR DE CADERAS , RODILLAS Y TOBILLOS .
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : DOLOR EN PARAESPINALES CERVICALES, DORSALES Y LUMBARES
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : HOFFMAN +, REFLEJOS SIMETRICOS , FM 5/5

EVALUACION PARACLINICOS	Rnm de columna lumbosacra del 27/01/2024 disminucion de intensidad de señal del disco intervertebral l4-l5. extrusion posterocentral con migracion cefalica del contorno discal l4l5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural, contacta y desplaza raiz nerviosa de l5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices l4 bilaterales amplitud del canal medular sin datos de ocupaciones. edx del 17 de octubre del 2023 con estudio normal. sin evidencia electrofisiologica de neuropatia, polineuropatía, de radiculopatia cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrinseca de la fibra muscular. rnm cerebral del 02 de abril del 2024 con hallazgos con malformacion chiari tipo i
DX PRINCIPAL	M511 - Trastorno de disco lumbar y otros- con radiculopatia
TIPO DX	Confirmado repetido
CAUSA EXTERNA	Enfermedad general
RELACIONADO 1	M519 - Trastornos de los discos intervertebrales- no especificado

Powered by CamScanner

RELACIONADO 2	M255 - Dolor en articulacion
RELACIONADO 3	M791 - Mialgia
DIAGNOSTICO CLINICO	Dolor cronico de dificil manejo . dolor poliarticular. fibromialgia.cefalea. dolor cervical , dorsal y lumbar mecanico . transtorno de ansiedad y depresion .
ANALISIS Y PLAN	Se dan indicaciones y recomendaciones preventivas. se explica ampliamente a la paciente refiere entender y aceptar control por fisiatria . m

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CANTIDAD
890364	Consulta de control por fisiatria. OBSERVACION: Con resultados	18/06/2024 09:30	1
902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - vsg]	18/06/2024 09:30	1
902210	Hemograma iv [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electronica e histograma] método automático+	18/06/2024 09:30	1
903895	Creatinina en suero u otros fluidos	18/06/2024 09:30	1
904902	Hormona estimulante del tiroides [tsh]	18/06/2024 09:30	1
906440	Nucleares, anticuerpos [ana] por eia +	18/06/2024 09:30	1
906466	Citrulina anticuerpos [anti péptido cíclico citrulinado] semiautomatizado o automatizado	18/06/2024 09:30	1
906910	Factor reumatoideo [r.a.] cuantitativo por nefelometría +	18/06/2024 09:30	1
906913	Proteína c reactiva, cuantitativo de alta precision +	18/06/2024 09:30	1
907106	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria +	18/06/2024 09:27	1
883210	Resonancia nuclear magnetica de columna cervical simple §. OBSERVACION: Simple	18/06/2024 09:27	1
890274	Consulta de primera vez por especialista en neurología. OBSERVACION: Por cefalea	18/06/2024 09:27	1
890284	Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría	18/06/2024 09:27	1
890288	Consulta de primera vez por especialista en reumatología	18/06/2024 09:27	1

INDICACIONES

Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
"PREGABALINA CAP 25 MG
, CANTIDAD 90 NOVENTA
, TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE
, FORMULA POR 90 DIAS
"

Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
"CODEINA MAS ACETAMINOFEN TAB 8/325MG
, TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS
, CANTIDAD 60 SESENTA
, FORMULA POR 30 DIAS
"

ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
R.M. 52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Powered by CamScanner

Unidad de Fisiatría
Comprometidos con tu Bienestar

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEG

CRA 33 20-27 PISO 4 EDIFICIO V1501 AV LOS ESTUDIANTES
Tel. 7220595 Cel. 300 7780586
San Juan de Pasto

7364510 – 3022729523
Clínica de Rehabilitación
Cl. 21 #25-11,. Pasto, Nariño
7245755 – 3042372626
domiciliaria
7226557-3105980979
ipscirenaba@gmail.com

800

No. H. C. 1085897930

FECHA IMPRESION 18/jun./2024 ID ADMISION 178626

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA							DOC. ID.	CC 1085897930		
FEC. NAC.	19/04/1986							EDAD	38 Años		
E.P.S.	EPS SANITAS SAS							DOMICILIO	PASTO		
DXP	M511	DXR1	M519	DXR2	M255	DXR3	M791	TELÉFONO	3103805827		
CIUDAD	PASTO							BARRIO	URBANO		
USUARIO	CONTRIBUTIVO - AMBULATORIO							ESTRATO		PESO	TALLA

CODIGO	ESPECIFICACIÓN	CANTIDAD No.	CANTIDAD LETRAS	CANTIDAD ENTREGA	FECHA HORA ORDENADO	DIAS TTO.
890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA. OBSERVACION: TERAPIA FISICA PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA Y ACONDICIONAMIENTO FISICO ORDEN POR 3 MESES	1	UNO		18/06/2024 09:34	
890364	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA. OBSERVACION: CON RESULTADOS	1	UNO		18/06/2024 09:30	
902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG]	1	UNO		18/06/2024 09:30	
902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO+	1	UNO		18/06/2024 09:30	
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	UNO		18/06/2024 09:30	
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	1	UNO		18/06/2024 09:30	
906440	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR EIA +	1	UNO		18/06/2024 09:30	
906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	UNO		18/06/2024 09:30	
906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA +	1	UNO		18/06/2024 09:30	
906913	PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION +	1	UNO		18/06/2024 09:30	
907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +	1	UNO		18/06/2024 09:30	
890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. OBSERVACION: POR CEFALEA	1	UNO		18/06/2024 09:27	
890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	1	UNO		18/06/2024 09:27	
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1	UNO		18/06/2024 09:27	
883210	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE §. OBSERVACION: SIMPLE	1	UNO		18/06/2024 09:27	

U1501

U1501

SANITAS

hiopam

ART MED SAS

medic nuclear

Medicos 26/06/24.
7:52 am.
Fernando Rentería
Piso cero

Dr(a). ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
R.M. 52-1446-01
ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Fisioterapia: Cien.

Fisiatria: 270-864.006 FV 17 octubre

Powered by CamScanner

Natalia Portillo

INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Quiroz Rosero Anna Cristina 1085897930	Esp. en Neuropsicología
Edad: 38 años	**Lateralidad:** Diestro.
Escolaridad: Universitaria	**Fecha De Evaluación:** 02 de Mayo de 2024
Evaluador: Nps. Natalia Alejandra Portillo	

PMOTIVO DE CONSULTA/ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 38 años remitido para evaluación neuropsicológica.

Asiste en compañía de pareja Oscar Yela. La paciente fue vista por la suscrita el año pasado, comenta dificultades en su salud, presenta fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, presenta dolores. Reporta que su memoria se encuentra afectada, refiere dificultades para recordar, no logra hacer operaciones sencillas y básicas como sumas, restas. También ha presentado síndrome vertiginoso. La paciente refiere que ahora debe estar acompañada. El mes pasado estuvo internada parcialmente.

Presenta estresores a niel laboral de larga data. La paciente siente ansiedad anticipatoria por reingresar a su labor. Hasta el día de hoy se encuentra con medida de incapacidad por EPS.

Antecedentes

Personales: Malformación Chiari tipo I
Patológicos: Negativo.
Quirúrgicos: Negativo
Farmacológicos: Paroxetina/Duloxetina/Difenhidramina
Familiares: Negativo.
Neurológicos: Deterioro cognitivo.
Psiquiátricos: Negativo
Tóxico –Alérgicos: Negativo.
Ocupacionales: Cesante

Observación clínica:

Paciente alerta, consciente, orientada en 3 esferas, con adecuada presentación y apariencia personal, que llega sin acompañante a la evaluación. Ingresa a la consulta por sus propios medios y se encuentra en adecuadas condiciones generales para la evaluación. Interactúa adecuadamente y muestra actitud colaboradora con la evaluación. Se comunica de manera espontánea, con lenguaje verbal comprensible y fluido.
A continuación se presentan los resultados cuantitativos arrojados por las distintas pruebas empleadas y el perfil de funcionamiento de acuerdo a estas puntuaciones:

PRUEBA APLICADA	PUNTUACIÓN PACIENTE	PUNTUACIÓN ESPERADA
TMT A	24 (93")	24 (27,58"Ds:9,43)
TMT B	24 (60")	23 (61,30"Ds:17,88)
DENOMINACIÓN BNT	55	55, 5 (Ds: 3,9)
FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA	8	21,62 (Ds: 5,98)
FLUIDEZ VERBAL FONOLÓGICA (F)	2	13,7 (Ds: 4,5)
FLUIDEZ VERBAL FONOLÓGICA (A)	5	9,8 (Ds: 4,01)

+57 302 4229593
nati.portillo@yahoo.es

Powered by CamScanner

Natalia Portillo
Esp en Neuropsicología

FLUIDEZ VERBAL FONOLÓGICA (S)	4	13,9 (Ds: 4,5)
CLAVES (WAIS III)	6	10±3
SEMEJANZAS (WAIS III)	4	10±3
DÍGITOS (WAIS III)	7	10±3
BÚSQUEDA DE SÍMBOLOS (WAIS III)	8	10±3
ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK	42	15

Tabla 1. Resultados cuantitativos paciente –controles.

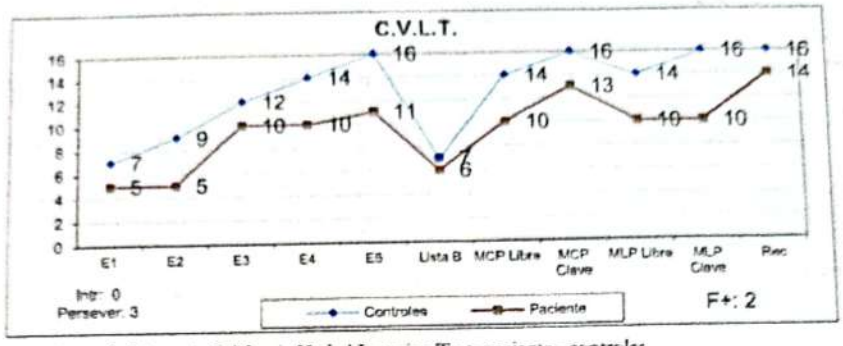


Figura 1. Curva de Memoria California Verbal Learning Test: paciente –controles

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO POR ESFERAS

Función	Descripción cualitativa	
	Áreas fuertes	Áreas débiles
Atención (Ver tabla 1)	Los niveles atencionales básicos se encuentran conservados. orienta y dirige su atención a los estímulos del medio correctamente e interactúa con éstos como es esperado. La atención verbal auditiva y visual se encuentran conservadas, tanto para tareas alternantes como divididas A nivel cualitativo se encuentra conservada la atención focalizada y manteniendo su atención en las tareas realizadas a lo largo de la sesión, con ocasionales distracciones. La velocidad de procesamiento de la información se encuentra preservada al igual que su spam de almacenamiento de la información.	Presenta falencias en manipulación activa de la información, relacionada con compromiso en memoria de trabajo.
Lenguaje (Ver tabla 1)	El lenguaje conversacional y espontáneo se encuentra conservado. Su discurso es fluido, con adecuado débito y prosodia y el contenido de este es sintáctica y formalmente correcto. Vocabulario preservado, al igual que habilidades de repetición, escritura y expresión verbal.	La fluidez verbal fonológica y semántica se encuentran alteradas con dificultad para acceder al almacén de información por falencias en estrategias de evocación de los datos.
Memoria (Ver figura 1) (Ver tabla 3)	Memoria episódica verbal y semántica sin compromiso.	Los procesos de memoria verbal se encuentran comprometidos. El span inicial de almacenamiento de información nueva está por debajo de lo esperado y la repetición no favorece el proceso de aprendizaje, no alcanza a los esperado para su edad y nivel educativo presentando una curva poco productiva. La presentación de claves semánticas favorece las estrategias de evocación. A largo plazo se pierde la información aprendida sin embargo las claves no mejoran su evocación, ni alcanza

Powered by CamScanner

lo esperado. Solamente se evidencian falsos positivos. La memoria visual se encuentra igualmente comprometida en evocación libre.

Natalia Portillo
Esp en Neuropsicología

Praxias y Gnosias (Ver tabla 1 y 3)	Las gnosias en general están conservadas. Las praxias constructionales, ideacionales e ideomotrices se encuentran dentro de lo esperado	
Función	Descripción cualitativa	
	Áreas fuertes	Áreas débiles
Funciones ejecutivas (Ver tabla 3)	Las funciones ejecutivas mediadoras de la conducta y el comportamiento se encuentran conservadas, ajusta su comportamiento a los contextos. Preservación en abstracción de la información y flexibilidad cognoscitiva.	Se observa compromiso en las estrategias de evocación de la información, al igual que en tareas de planeación y organización de los datos, por lo cual pierde información y descuida las actividades ya sean estandarizadas o de la vida diaria, principalmente las que presentan mayor exigencia. La habilidad de categorizar y sintetizar se encuentra deteriorada. Se evidencia compromiso en memoria de trabajo.
Escalas Comportamentales	En la escala de depresión de BECK, no se evidencia sintomatología depresiva	En la escala de Ansiedad de Beck, se evidencia significativa sintomatología depresiva puntuando muy por encima de los esperado (15) mostrando nivel moderado a grave de ansiedad. Reporta sentirse mareada, nerviosa, incapaz de relajarse, con sensación de bloqueo, insegura, problemas digestivos, rubor facial y sudores.

CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN:

En conclusión se encuentra una paciente de 38 años remitido a Neuropsicología para evaluación de las funciones mentales superiores.

Se encontró el siguiente perfil

1. Paciente orientada en las 3 esferas
2. Presevaciónde las áreas de atención, lenguaje, praxias y gnosias.
3. Deterioro en memoria episódica verbal y visual, con alteración en el volumen de almacenamiento, codificación y posterior evocación de los datos, con mejoria con claves
4. Compromiso en funcionamiento ejecutivo, caracterizado por fallas en estrategias de evocación de la información, memoria de trabajo, planeación y organización.
6. En la escala comportamental (Escala de Depresión 15) se evidencia presencia de sintomatología depresiva moderada a severa.

Adicionamente presenta una muy alta queja subjetiva de memoria (QSM:40) mñas alta que el desempeño en la evaluación cognoscitiva.

El perfil cognoscitivo de la paciente se relaciona con presencia de compromiso en memoria episódica visual y verbal, con significativa queja de memoria y compromiso en función ejecutiva, lo cual se relaciona con los olvidos constantes y las dificutades en organizar las tares de la vida diaria.

Powered by CamScanner

Natalia Portillo
Esp en Neuropsicología

Por tal motivo, se recomienda realizar consulta por psiquiatría dados los hallazgos de la presente evaluación y continuar con tratamiento por Neurología.

Se aconseja correlacionar con hallazgos neurológicos y psiquiátricos, además de una evaluación en 6 meses por neuropsicología para confirmar diagnóstico.

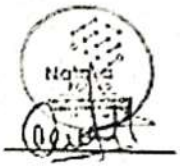
Idx: Trastorno neurocognitivo multidominio que compromete memoria y funciones ejecutivas.

Gracias por remitir a su paciente.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Se recomienda consultar con médico tratante con los resultados de esta evaluación, en respuesta a su solicitud.
- ✓ Realizar consulta por Psiquiaría
- ✓ Dados los hallazgos de esta evaluación, es importante hacer un seguimiento longitudinal, por lo que se recomienda consultar con Neuropsicología en 1 año.

Atentamente,



NATALIA ALEJANDRA PORTILLO
Ps. Esp. Neuropsicología
Evaluación clínica en niños y adultos.
Tp. 126754
PASTO

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 27/06/2024 15:09 **Registro** 18

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	525436 Fecha Ingreso: 27/06/2024		

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE ACUDE CON ACOMPAÑANTE, REFIERE CUADRO DE CUADRO 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CEFALEA OPRESIVA FRONTAL EN OCASIONES OCCIPITAL, INTENSIDAD 10/10, SE ASOCIA NAUEAS VOMITO LIMITA LA DEMBULACION, DOLRO BASAL DIARIA, CRISIS 2 POR SEMANA, SE PRECIPITA POR ESTRÉS Y MANIOBRAS DE VALSALVA, NO MEJORIA CON ANALGESICOS. RNM DE CEREBRO ARNOLCHIARI TIPO I, ESTUDIO NEURPSICOLOGICO TX COGNITIVO MULTIDOMINIO RXS: PARESTESIAS EN MANOS

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional? Si

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA
27/06/2024 15:09	Otros	PERSONALES: PATOLOGICOS (), FARMACOS (DULOXETINA PREGABALINA CICLOBENZARINA FLUNARIZINA) QCOS (-) HOSP (-) ALERGIAS (NIEGA) TOXICOS: NO FUMA NO INGESTA DE ALCOHOL NO USA PSICOACTIVOS. ANTECED FLIARES: NIEGA., DOLOR MUSCULAR OCCIPITOCERVICAL MODERADO.

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Victima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80,00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **Tº** 36,50 **ºC** **Glasgow** /15

Peso 64,00 Kgs **Talla** 163,00 Mts **IMC** 24,09 PESO NORMAL **S.C.T.** **M²** **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio
Estado General

Cabeza - Cuello Normal **Ojos** Normal **ORL** Normal

Powered by CamScanner

Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal
Exámen Mental	Normal	**Sistema Nervioso**	Anormal		

ALERTA ORIENTADA PINRL FONDO DE OJO CON PAPILA DE BORDES MAL DEFINIDOS, LENGUAJE BIEN ARTICULADO Y AJUSTADO AL CONTEXTO , NO DEFECTO MOTOR DE EXTREMIDADES. ROT NORMALES SIMETRICOS SIN COMPROMISO SENSITIVO COORDINACION NO ALTERADA. MARCHA NORMAL.

Diagnóstico

R51X CEFALEA

C718 LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ENCEFALO

M501 TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA

Plan de Manejo

Paraclínicos

Indicaciones Médicas

PACIENTE CON CEFALEA CEFALEA MIXTA MIGRAÑA Y TENSIONAL, SE ANOTA ALTERACIN DEL ESTADO DE ANIMO, SINTOAMS SENSITIVO DE EXTREMDADES MAS CERVICALGIA, SE BENEFICIA DE ESUDIOS ADICONALES IGUAL MENEJO, POR LO CUAL SE DECIDE:
IGUAL MENEJO FARMACOLOGICO.
SS/ ANGIORESONANCIA CEREBRAL CONTRASTADA FASE ARTERIAL Y VENOSA NO 2
SS/ ELECTROMIOGRAFIA ESTUDO DE CODUCCION, REFLEJO H ONDA F DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
SS/ CREATININA
HABITOS SLUDABLES Y SIGONOS DE ALARMA. CONTROL CON RESULTADOS

Exámenes

883101 - 31303 - RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO

883909 - RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA

903895 - 19290 - CREATININA EN SUERO

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 891515 REFLEJO H (POR NERVIO)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 891514 ONDA F (POR NERVIO)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 891509 NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 930860 ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)
Observaciones DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
Servicio 890374 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
Observaciones CONTROL CON RESULTADOS

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMH - IHN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Tarjeta Profesional 87067944

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital Rafael Pabón Pabón

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 18 **Folio Asociado:**

Nº Historia Clínica: 1085897930
DATOS PERSONALES
Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 525436
Finalidad Consulta: No_Aplica
Diagnostico principal: R51X - CEFALEA

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 27/06/2024 1:33:18 p. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	LAB702	LABORATORIO CLINICO GENERAL	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
903895 - 19290	CREATININA EN SUERO			1	Rutinario

Total Ítems: 1

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMH - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Tarjeta Profesional 87067944

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 18 **Folio Asociado:**

Nº Historia Clínica: 1085897930

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 525436
Finalidad Consulta: No_Aplica
Diagnostico principal: R51X - CEFALEA

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha: 27/06/2024 1:33:18 p. m.
Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	IMG704	IMAGENOLOGIA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
883101 - 31303	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO ANGIORESONANCIA CEREBRAL CONTRASTADA			2	Rutinario
883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA FASE ARTERIAL Y VENOSA NO 2 CONTRASTADA			2	Rutinario

Total Ítems: 2

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMH - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Tarjeta Profesional 87067944

AMES GARCIA

Powered by CamScanner

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 18 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3103805827
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	525436	**Fecha:**	27/06/2024 1:33:18 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

Diagnostico principal: R51X - CEFALEA

LISTADO DE EXAMENES		ÁREA SERVICIO:	IMG704	IMAGENOLOGIA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
891515	REFLEJO H (POR NERVIO)			2	Rutinario
DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.					
891514	ONDA F (POR NERVIO)			2	Rutinario
DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.					
891509 - 29102	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)			2	Rutinario
DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.					
930860 - 29101	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)			2	Rutinario
DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.					
890374 - 39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA			1	Rutinario
CONTROL CON RESULTADOS					

Total Ítems: 5

Dr. James García Benavides
NEUROLOGO
UCMH - INN
R.M. 52-1923

Profesional JAMES GARCIA BENAVIDES **Tarjeta Profesional** 87067944
Especialidad 441 - NEUROLOGIA

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

INDICACION MEDICA

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Folio: 18 **Folio Asociado:**

Nº Historia Clínica: 1085897930

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 2 Meses / 8 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO

Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Finalidad Consulta: No_Aplica

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Causa Externa: Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa
Detalle: PACIENTE CON CEFALEA CEFALEA MIXTA MIGRAÑA Y TENSIONAL, SE ANOTA ALTERACIN DEL ESTADO DE ANIMO, SINTOAMS SENSITIVO DE EXTREMDADES MAS CERVICALGIA, SE BENEFICIA DE ESUDIOS ADICONALES IGUAL MENEJO, POR LO CUAL SE DECIDE:
IGUAL MENEJO FARMACOLOGICO.
SS/ ANGIORESONANCIA CEREBRAL CONTRASTADA FASE ARTERIAL Y VENOSA NO 2
SS/ ELECTROMIOGRAFIA ESTUDO DE CODUCCION, REFLEJO H ONDA F DE MIEMBROS SUPERIRES. 2.
SS/ CREATININA
HABITOS SLUDABLES Y SIGONOS DE ALARMA. CONTROL CON RESULTADOS

Powered by CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

: No.
39. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?
: No.
40. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
41. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?
: No.
42. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?
: No.
43. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?
: No.
44. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?
: No.
45. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
46. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
47. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
48. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
49. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/07/2024 18:01:35. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
Datos del profesional de la salud: Daniel Felipe Legarda Gomez. Reg. Médico. 1004232591. Psicologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 109514326. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1
Fecha de Nacimiento: 19/04/1986 Edad del paciente: 38 años. Grupo poblacional: Otro grupo poblacional. Estado Civil: Unión libre.
Ocupación: Otros profesionales técnicos no descritos en otros epígrafes.
Dirección: CARRERA 50 # 20 N - 254 CONJUNTO LE GRANZ APARTAMENTO 37 BARRIO VARIANTE NORTE Teléfono: 3103805827 Ciudad: POPAYAN Vinculación: Contributivo
Responsable: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO - Paciente Telefono: 3103805827.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.
Motivo de consulta: PRIMERA VEZ: "AUN TENGO CRISIS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION".
Enfermedad Actual: PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DERIBADA DE DIFICULTADES LABROALES PASADAS QUE HA AFECTADO LA FUNCIONALIDD DE LA PACIENTE

ANTECEDENTES
PERSONALES: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD.
FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES.
CONSUMO DE SPA Y ALCOHOL: NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE LICOR, SPA TABACO.
PERFIL SOCIAL
CONVIVENCIA: SIN CONFLICTOS RELACIONALES FAMILIARES.
LABORAL: ASESORA COMERCIAL DE UN BANCO
RELACION DE PAREJA: ESTABLE 10 AÑOS
INTERACCION: SALIDAS RECREATIVAS FAMILIARES.
PERSONALIDAD: SOCIABLE INTROVERTIDO
HISTORIA FAMILIAR: PACIENTE QUE CONVIVE CON ESPOS, DOS HIJAS DE 8 AÑOS Y 2 AÑOS, Y SUEGRA
PACIENTE QUE REFIERE RED VINCULAR DE APOYO CON FACTORES DE GENERATIVIDAD FAMILIAR.

PACIENTE QUE NIEGA TENER SINTOMATOLOGIA DE COVID-19. PACIENTE HETEROSEXUAL QUE NIEGA SER VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO, NIEGA SER VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, NIEGA DISCAPACIDAD.

Firmado Electrónicamente

Original

Powered by CamScanner

Avicena

SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1085887830
Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1085887830 SEXO: Femenino ETNIA: Mestizo

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES
Talla 1.64 m

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS
Mental: PACIENTE DE 38 AÑO, SE PRESENTA DE MANERA VOLUNTARIA A LA CONSULTA. SU APARIENCIA, PORTE, ACTITUD Y CONSTITUCIÓN CORPORAL SON ADECUADOS PARA SU EDAD CRONOLÓGICA. ESTÁ ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO. NO SE OBSERVAN ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA. LA VELOCIDAD Y EL VOLUMEN DE SU VOZ SON NORMALES, ASÍ COMO LA ARTICULACIÓN DE LAS PALABRAS. SU DISCURSO ES COHERENTE Y ESPONTÁNEO, SIN ALTERACIONES PERCEPTIVAS. LA ACTIVIDAD MOTORA ES NORMAL. EL ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO. EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO NO PRESENTA ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS. NO HAY EVIDENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA O AUTOLESIVA..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
CONCEPTO DIAGNOSTICO: PACIENTE DE 38 AÑOS, INGRESA A VALORACION POR PSICOLOGIA,REFIERE ALTERACIONES ANÍMICAS HACE APROXIMADAMENTE XX , SÍNTOMAS DEPRESIVOS BASADOS EN EL PACIENTE MUESTRA UN ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DÍA, CON PÉRDIDA NOTABLE DE INTERÉS EN ACTIVIDADES QUE ANTERIORMENTE DISFRUTABA. SE HAN OBSERVADO CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN SU PATRÓN DE SUEÑO, INCLUYENDO INSOMNIO, ASÍ COMO UNA NOTABLE DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN

SE ORIENTA EN ACTIVACION CONDUCTUAL A TRAVEZ DE EJERCICIO FISICO.

CONTROL EN 3 SEMANAS

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Afeccion relacionada con el trabajo (Y96X), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Firmado Electrónicamente

Original

Powered by CamScanner

FECHA:	03/07/2024
NOMBRE:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
	CC:1085897930

CONTROL PSICOLOGIA EN 3 SEMANAS

DX
F412
Y96X

DANIEL LEGARDA
PSICOLGO

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

DATOS PERSONALES

Paciente	Cédula de ciudadanía -, 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO				
Edad en Atención	38 Años / 5 Meses / 14 Días	**Sexo**	Femenino	**Estado Civil**	UnionLibre
Fecha Nacimiento	19/04/1986	**Dirección**	LAS MERCEDE	**Teléfono**	3103805827
Grupo etnico	Ninguno	**Discapacidad**	SIN DISCAPACIDAD	**Identidad género**	Femenino
Procedencia	SAN JUAN DE PASTO	**Ingreso**	25461	**Fecha Ingreso**	3/10/2024 7:32:47 a. m.
Servicio Folio	701 - UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA		**Última Cama**	**Fecha Egreso**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN	**Regimen**	Contributivo	Cotizante	**NIVEL** CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Acudiente		**Teléfono**		**Parentesco**	
Acompañante		**Teléfono**			

Folio N° 65 **Profesional** DAISY JHOANA CHICAIZA GAVILANES **Fecha grabación de folio** 03/10/2024 7:59

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

CAUSA EXTERNA Enfermedad_General **FINALIDAD CONSULTA** No_Aplica **DX** M255 - DOLOR EN ARTICULACION

¿Esta es una atención por teleconsulta? NO

Consentimiento informado

Aceptación del consentimiento

Observaciones de no aceptación

Subjetivo
asiste sola

tratamiento
paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab 8 p.m

Refiere adherencia al tratamiento, "en estos días he tenido muchas respuesta del banco y jueces, hace un mes salió una tutela a favor mio para continuar trabajo en casa pero el 1 de octubre el banco me hizo la socialización ´ con para volver a trabajar pero ellos no acataron la orden y me dijeron que tengo que presentarme nuevamente en la ciudad de Popayán y desde eso he estado muy impaciente, quería que salieran las cosas como decía la tutela, me tengo que presentar el lunes, en esa oficina esta una de las dos personas que fueron causantes del acoso laboral", comenta que recibió respuesta de su empresa dando cierre a su queja de acoso laboral, refiere que hay fluctuación afectiva que asocia a que debe viajar a otra ciudad "mis hijas no las quiero dejar, me tengo que irme sola, yo los necesito a ellos para estar tranquila y estar bien", refiere que ha tomado la decisión de volver a trabajar "necesito volverme activa"

Examen mental
Paciente en la cuarta década de la vida, aparenta su edad cronológica, con porte cuidado, establece contacto visual, colabora
Euquinetico
Afecto modula tristeza
Pensamiento coherente, relevante, producción ideoverbal adecuada, no evidencio delirios, niega ideas de muerte o suicidio, lógico
Niega alucinaciones en el momento
Alerta, euprosexico, orientado
Juicio no comprometido

Frecuencia cardíaca	**Frecuencia respiratoria**	**Presión sistólica**
68,0000	19,0000	
Presión diastólica	**Saturación de O2**	**Temperatura**
Peso (Kg)	**Talla (Cm)**	

Analisis
Paciente en seguimiento por especialidades debido a dolor crónico, con síntomas afectivos secundarios, refiere sintomas de dolores crónicos, fluctuación reactiva, comenta que se encuentra en proceso legal por denuncio de acoso labora, y que recientemente recibió la respuesta con cierre del caso, se ha explicado que desde psiquiatría se realiza manejo complementario a su diagnóstico principal en seguimiento por reumatología, fisiatria, neurologia, aportó pruebas neuropsicológicas que reportan compromiso mnésico asociado a síntomas afectivos,, polisomnografía que no reporta anormalidad respiratoria, en esta valoración menciona que debe retornar a trabajar a Popayan ya que el banco al parecer no acató tutela, desde entonces con fluctuación afectiva de tipo reactivo, realizo psicoterapia de apoyo, explico que el proceso psicoterapéutico es importante para mantener una adecuada regulación afectiva y adaptación, ajusto dosis de quetiapina en forma temperan en espera de fase adaptativa, se cita a control en dos meses

Usuario: ADIAZD

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
NIT 891200274 -2
PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Fecha Actual : jueves

Paciente Cédula de ciudadanía - 1085897930 - ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Procedencia SAN JUAN DE PASTO **Ingreso** 25461 **Fecha Ingreso** 3/10/2024 7:32:47 a. m.

Plan

paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab y media 8 p.m
psicoterapia por psicología
control en dos meses

Fecha estimada próximo control dos meses

GESTIÓN DEL RIESGO

¿Paciente sintomático respiratorio?
NO

¿Paciente sintomático de piel?
NO

¿Paciente víctima de violencia?
NO

En caso de víctima de violencia,especifique

DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10

CODIGO	NOMBRE	Principal	Ingreso	Egreso
M255	DOLOR EN ARTICULACION	☐	☐	☑
	Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**			
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	☑	☐	☑
	Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**			

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

	CANTIDAD	VIA	AMBITO
DULOXETINA 30 MG CAPSULA	180	Oral	Externo
Posologia: una tab 8 a.m y 2 p.m			
PAROXETINA 20 MG TABLETA	180	Oral	Externo
Posologia: tomar una tab 8 a.m y 2 p.m			
QUETIAPINA 25 MG TABLETA	180	Oral	Externo
Posologia: una tab y media 8 p.m			
Recomendaciones laborales	1	Ninguno	Externo

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatria.

Posologia: Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatria.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	en dos meses
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	según guía de práctica clínica de Hospital San Rafael 2024 se recomienda una sesión semanal.

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa

paroxetina 20 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
duloxetina tab 30 mg, tomar una tab 8 a.m y 2 p.m
quetiapina tab 25 mg, tomar una tab y media 8 p.m
psicoterapia por psicología
control en dos meses

Daisy Jh Chicaiza G

DAISY JHOANA CHICAIZA GAVILANES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: ADIAZD

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO] NIT [891200274-2]

Powered by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO | COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : Jueves, 03 octubre 2024
1/1

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 65 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 5 Meses / 14 Días
Estado Civil: UnionLibre
Dirección: LAS MERCEDE
Teléfono: 3103805827
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 25461 **Fecha:** 3/10/2024 7:32:47 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico M255 - DOLOR EN ARTICULACION

LISTADO DE EXÁMENES	ÁREA SERVICIO:			
CODIGO	**DESCRIPCION**		**CANTIDAD**	**ESTADO**
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		1	Rutinario
Observaciones:	en dos meses			
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		8	Rutinario
Observaciones:	según guía de práctica clínica de Hospital San Rafael 2024 se recomienda una sesión semanal.			

Daisy Jh Chicaiza G

Medico: CHICAIZA GAVILANES DAISY JHOANA
Registro: 1085255041
Especialidad: PSIQUIATRÍA

Powered by CamScanner

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO
Nit: 891200274-2
Cod. Habilitacion: 520010009601
Calle 15 No 42C- 35
Telefono: 7362680

Fecha Actual : jueves, 03 octubre 2024 1/2

FÓRMULA MÉDICA

EXTERNO

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

OS DEL INGRESO

istoria Clínica: 1085897930
a de Ingreso: 3/10/2024 7:32:47 a. m.
a de Formulación: 3/10/2024 7:59:15 a. m.
Nº Folio: 65 **Folio Asociado:**
Nº Ingreso: 25461
Causa Externa: Enfermedad_General

OS PERSONALES

bre Paciente: ANA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 5 Meses / 14 Días
ección: LAS MERCEDE
cedencia: SAN JUAN DE PASTO
upo etnico: MESTIZO
Identificacion: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:

TOS DE AFILIACIÓN

tidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN
Régimen: Regimen_Simplificado
an Beneficios: EPS SANITAS S.A.S. CONTRIBUTIVO
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV

ATOS DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACUDIENTE

ombre Acudiente:
Teléfono Acud:
irección Acud:
Parentesco
Nombre Acompañate:

DATOS DEL EGRESO

Fecha de egreso:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: N06AX2101 DULOXETINA 30 MG CAPSULA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 30MG **Unidad:** CÁPSULA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: una tab 8 a.m y 2 p.m

Medicamento: N06AB0501 PAROXETINA 20 MG TABLETA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 20MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: tomar una tab 8 a.m y 2 p.m

Medicamento: N05AH0403 QUETIAPINA 25 MG TABLETA Valor Dispensado OPL $ 0,00 **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 25MG **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Dosis:** 2,0 **Duración:** 90
Observaciones: una tab y media 8 p.m

Total Items: 3

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: Recomendaciones laborales

-Permitir asistencia a citas médicas, toma de exámenes, terapias
-Evitar exceder horario laboral según las horas estipuladas en su contrato
-Evitar trabajo que requiera realizarse fuera del horario laboral
-Evitar turnos nocturnos (paciente en uso de hipnóticos)
-Propender por un ambiente laboral favorable
-Realizar pausas activas
- Disminuir la carga mental y emocional del trabajo
-Seguimiento por Salud ocupacional y medicina laboral en su empresa para acoplar las recomendaciones de Psiquiatria.

Total Ítems: 1

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
INCAPACIDAD
GENERADO: 21/11/2024 10:15

SUCURSAL UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS **DIRECCIÓN** CALLE 12 # 10 - 29 LOTE 1 MZ 4
TELEFONO 6466060 **ENTIDAD AFILIACIÓN** EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO
NIT 901041691-3 **CIUDAD** POPAYÁN
NOMBRE USUARIO ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **FECHA** 21/11/2024
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1085897930 **PLAN USUARIO** OTRO
CARNÉT 000 (PLAN) 000100000 (CONTRATO) 0000 (FAMILIA) 00 (USUARIO) **TIPO DE USUARIO** CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDORES,
DIR. DOMICILIO: CARRERA 35 COJUNTO LOS **TEL. DOMICILIO:** 3103805827 **LUGAR RESIDENCIA:** CAUCA
TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827
RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827
Código REPS: 190010943003 UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS **Grupo de Servicios:** Atención Inmediata **Modalidad:** Intramural

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 2 **FECHA INICIAL:** 21/11/2024 **FECHA FINAL:** 22/11/2024

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: R51.X **DIAGNÓSTICO RELACIONADO:** M54.5

TIPO DE INCAPACIDAD: ORIGEN COMÚN **PRÓRROGA:** NO

RETROACTIVA: NO

CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: REPOSO EN CASA

Paula Melisa Rivera
Medica y Cirujana
C.C 1061795584
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: RIVERA PLAZA PAULA MELISA

REGISTRO: 1061795584

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Centros Médicos Colsanitas
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA
NIT. 901.041.691-3
Calle 12 Norte # 10 - 29

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
RECOMENDACIONES DE EGRESO
GENERADO: 21/11/2024 10:16

UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **IDENTIFICACIÓN:**CC - 1085897930

EDAD: 38 AÑOS / 7 MESES / 2 DÍAS **No. ADMISIÓN:** U 2024 42207 **No. HISTORIA CLINICA:** 1085897930

FECHA INGRESO: 21/11/2024 **FECHA EGRESO:** 21/11/2024 **ENTIDAD:** EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **EST. CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDORES, NO

DIR. DOMICILIO: CARRERA 35 COJUNTO LOS EQUINOS **TEL. DOMICILIO:** **LUGAR RESIDENCIA:** CAUCA

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

MEDICO TRATANTE: PAULA MELISA RIVERA PLAZA **No. HABITACION:**

FORMULACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL * Cantidad 1

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

ETORICOXIB 90MG TAB * Cantidad 90.00. Días Tratamiento: 5. Código SISPRO: 1111111111111111111

REALIZÓ PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS SI

MEDICAMENTOS UTILIZADOS Y EFECTOS ASOCIADOS

CONSULTAR SI PRESENTA

FIEBRE ALTA QUE NO MEJORA CON ANTIPIRÉTICOS POR MÁS DE 72 HORAS, DOLOR ABDOMINAL FUERTE Y CONSTANTE, VOMITO INCONTROLABLE, DOLOR DE CABEZA FUERTE Y CONSTANTE, PÉRDIDA SÚBITA DE LA CONCIENCIA, ORINA CON SANGRE, NO ORINA, OTRAS CONSIDERACIONES ANORMALES QUE PUEDAN AMENAZAR LA VIDA.

SIGNOS DE INFECCIÓN

FIEBRE: NO **CALOR EN LA HERIDA:** NO **ENROJECIMIENTO EN LA HERIDA:** NO **SECRECIÓN EN LA HERIDA:** NO

ACTIVIDAD FÍSICA

A TOLERANCIA

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

A TOLERANCIA

RECOMENDACIONES GENERALES / INSTRUCCIONES DE SEGUIMIENTO

CONTROL EN 2 DÍAS

RESULTADO DE EXÁMENES

INCAPACIDAD

Dias Incapacidad 2 **Fecha Inicial** 21/11/2024 **Fecha Final** 22/11/2024

DIAGNOSTICO R51.X **TIPO DE INCAPACIDAD** ORIGEN COMÚN

OBSERVACIONES INCAPACIDAD

REPOSO EN CASA

FECHA CONTROL	HORA	CONSECUTIVO	LUGAR DE CONSULTA	TELÉFONO MÉDICO TRATANTE

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
RECOMENDACIONES DE EGRESO
GENERADO: 21/11/2024 10:16

UNIDAD DE URGENCIAS SANTA CLARA EPS SANITAS

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **IDENTIFICACIÓN:**CC - 1085897930

EDAD: 38 AÑOS / 7 MESES / 2 DÍAS **No. ADMISIÓN:** U 2024 42207 **No. HISTORIA CLINICA:** 1085897930

FECHA INGRESO: 21/11/2024 **FECHA EGRESO:** 21/11/2024 **ENTIDAD:** EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 19/04/1986 **EST. CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** AGENTES COMERCIALES Y CORREDORES, NO

DIR. DOMICILIO: CARRERA 35 COJUNTO LOS EQUINOS **TEL. DOMICILIO:** **LUGAR RESIDENCIA:** CAUCA

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** QUIROZ ANNA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3103805827

RESPONSABLE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO **PARENTESCO:** PACIENTE **TEL. RESPONSABLE:** 3103805827

MEDICO TRATANTE: PAULA MELISA RIVERA PLAZA **No. HABITACION:**

Señor usuario porque usted es muy importante para nosotros; Clínica Colsanitas lo acompaña hasta despues de su egreso de nuestras Clínicas, es por esto que contamos con el programa de seguimiento Post Egreso, quienes podran contactarlo para aclarar sus inquietudes, identificar signos de alerta y vigilar su evolución

FIRMA Y SELLO MÉDICO _____ **FIRMA USUARIO** _____

Paula Melisa Rivera
Médica y Cirujana
C.C 1061795584
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

NOMBRE PAULA MELISA RIVERA PLAZA

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN 1061795584 **ESPECIALIDAD** MEDICINA GENERAL

REGISTRO MÉDICO 1061795584

Centros Medico
Colsanitas
UNIDAD DE URGENCIAS SANTA
NIT. 901.041.691-3
Calle 12 Norte

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 12/11/2024 12:16 **Registro** 25

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 6 Meses / 24 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	574273 Fecha Ingreso: 12/11/2024		

Motivo de Consulta
CONTROL

Enfermedad Actual
PACIENTE QUE REFIERE QUE LUEGO DEL BLOQUEO SINTIO MEJORIA POR VARIOS DIAS . AHORA REFIERE EXACERBACION DE LA SINTOMATOLOGIA ,PERO MAS ESPECIFICO EN LA ZONA SUPERIOR DEL GLUTEO DERECHO . REFIERE CANSANCIO Y DOLOR ARTICULAR GENERALIZADO ,CEFALEAS .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA
27/06/2024 15:09	Otros	PERSONALES: PATOLOGICOS (), FARMACOS (DULOXETINA PREGABALINA CICLOBENZARINA FLUNARIZINA) QCOS (-) HOSP (-) ALERGIAS (NIEGA) TOXICOS: NO FUMA NO INGESTA DE ALCOHOL NO USA PSICOACTIVOS. ANTECED FLIARES: NIEGA., DOLOR MUSCULAR OCCIPITOCERVICAL MODERADO.

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80.00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **T°** 36.50 °C **Glasgow** /15

Peso 64.00 Kgs **Talla** 163.00 Mts **IMC** 24.09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación
Estado Respiratorio
Estado General

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal

Powered by CamScanner

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Anormal	**Espalda**	Anormal
		DOLOR A LA MOVILIZACION DE LA S ARTICULACIONES DE MIEMBROS SUPERIOROES E INFERIORES .		DOLOR A LA PRESION EN ZONA SACRA Y ARTICULACIONES SACROILIACAS . LASAGUE NEGATIVO. LIMITACION ALGO DFOLOROSA A LA FLEXION LUMBAR .	
Exámen Mental	Normal	**Sistema Nervioso**	Normal		

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

Plan de Manejo

ANALGESIA ,MODULADORES , TERAPIA FISICA Y MODALIDADES HIDRAULICAS . TERAPIA DE OXIGENO HIPERBARICO .
PACIENTE QUE EN EL MOMENTO SE EVIDENCIA CIERTA MEJORIA DEL DOLOR LUMBAR ,SIN EMBARGO ÑA SINTOMATOLOGIA QUE PREDOMINA ES RELACIONADA CON CUADRO DE SACROILEITIS Y FIBROMIALGIA .

Paraclínicos

YA CONOCIDOS

Indicaciones Médicas

Procedimientos No Quirúrgicos

Servicio 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
Observaciones SEDATIVA ,RELAJANTE
Servicio 933300 TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
Observaciones FIBROMIALGIA
Servicio 939500 OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA SOD
Observaciones FIBROMIALGIA
Servicio 938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
Observaciones FIBROMIALGIA

Medicamentos

M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL
1 TABLETA DIA . TOMAR EN LAS NOCHES

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 230 - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha Actual : miércoles, 13 noviembre 2024

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

No. Historia Clínica 1085897930 **Fecha de Registro** 12/11/2024 12:21 **Registro** 26

Datos de Identificación

Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	Identificación:	1085897930
F Nacimiento:	19/04/1986	Edad:	38 Años / 6 Meses / 24 Días
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	Estado Civil:	UnionLibre
Procedencia:	PASTO	Sexo:	Femenino
Ocupación:		Teléfono:	3178791470

Datos de Afiliación

Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	Nivel/Estrato:	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Plan:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	Tipo Paciente:	Contributivo
Grupo Poblacional:		Tipo Afiliado:	Cotizante
Grupo Etnico:	008 - MESTIZO	Cama:	
Ingreso:	574273 Fecha Ingreso: 12/11/2024		

Motivo de Consulta
CONTROL
Enfermedad Actual

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	**Orgános de los sentidos**	Normal	**Cardiovascular**	Normal
Gastrointestinal	Normal	**Genito-Urinario**	Normal	**Neurológico**	Normal
Piel y Faneras	Normal	**Osteomuscular**	Normal	**Endocrino**	Normal
Psicosocial	Normal	**Linfático**	Normal	**Otros**	Normal

Antecedentes

03/01/2023 14:53	Médicos	ANSIEDAD Y DEPRESION.
10/01/2023 13:00	Quirúrgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Alérgicos	NIEGA
10/01/2023 13:00	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 10MG A LAS 8AM, DIFENHIDRAMINA 50MG VO CADA 24 HORAS
25/08/2023 21:39	Farmacológicos	ESCITALOPRAM 20 MG DIA - CLONAZEPAM 3 GOTAS AL DIA. PAROXETINA 20 MG MEDIA TABLETA EN ALS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIN, COLON IRRITABLE
25/08/2023 21:39	Alérgicos	NIEGA
08/09/2023 11:58	Alérgicos	NIEGA
27/06/2024 15:09	Otros	PERSONALES: PATOLOGICOS (), FARMACOS (DULOXETINA PREGABALINA CICLOBENZARINA FLUNARIZINA) QCOS (-) HOSP (-) ALERGIAS (NIEGA) TOXICOS: NO FUMA NO INGESTA DE ALCOHOL NO USA PSICOACTIVOS. ANTECED FLIARES: NIEGA., DOLOR MUSCULAR OCCIPITOCERVICAL MODERADO.

Antecedentes Obstétricos

FUM
Edad Menarquia (Años)
Número compañeros sexuales último año
Sexarquia (Edad)
VIH/SIDA
Complicaciones en el embarazo anterior
Fecha último parto
Víctima de violencia sexual
Ciclos irregulares
Observaciones

Tratamiento Infertil idad
Tipo de Tratamiento
Planificación Familiar (Método)
Suspendido
Fecha
Citología Vaginal
Fecha última Citología

Exámen Físico

T.A. 120 / 60 **T.A.M.** 80.00 **F.C.** 78 min **F.R.** 15 min **T°** 36.50 °C **Glasgow** /15

Peso 64.00 Kgs **Talla** 163.00 Mts **IMC** 24.09 PESO NORMAL **S.C.T.** M² **SO2**

Estado de Hidratación **Estado General**
Estado Respiratorio

Cabeza - Cuello	Normal	**Ojos**	Normal	**ORL**	Normal
Abdómen	Normal	**Cardiopulmonar**	Normal	**Tórax**	Normal
Genitourinario	Normal	**Pelvis**	Normal	**Tacto Rectal**	Normal

Clínica HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

Piel y Faneras	Normal	**Extremidades**	Normal	**Espalda**	Normal
Exámen Mental	Normal	**Sistema Nervioso**	Normal		

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

Plan de Manejo

ANALGESICOS,MODULADORES,TERAPIA FISICA,HIDRAULICA,OXIGENOI HIPERBARICO. SE RECOMIENDA TRABAJO EN CASA .TERAPIA OCUPACIONAL. GRAN COMPONETE EMOCIONAL .TRASTORNO DEPRESIVO

Paraclínicos

Indicaciones Médicas

Profesional JOSE ALVAREZ REYES
Especialidad 230 - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Tarjeta Profesional 521546

Fecha Actual : miércoles, 13 noviembre 2024

Powered by CamScanner

825

Powered by CamScanner

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (602) 7374465
Nit 900335691-2

FORMULA MEDICA
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
FECHA SOLICITUD: 12/11/2024 12:16:34 p. m.

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 25 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/04/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 6 Meses / 25 Días
Estado Civil: UnionLibre
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Teléfono: 3178791470
Procedencia: PASTO
Ocupación:
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso: 574273
Fecha Ingreso: 12/11/2024 11:35:00 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Cama:

Diagnóstico:
R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

MEDICAMENTOS	Cantidad/Dosis diaria	No Días Horas Meses	Cant Total
Medicamento: M03028 CICLOBENZAPRINA 5MG TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL **Concentracion:** 5 MG **Unidad:** UNIDAD **Vía Administración:** Oral **Observaciones:** 1 TABLETA DIA . TOMAR EN LAS NOCHES	1	120	120 CIENTO VEINTE

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 230 - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

JOSE ALVAREZ

Fecha Actual : miércoles, 13 noviembre 2024

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

HispanoAmérica

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA S.A.S.
CARRERA 41 NO 19 D 147 AV. PANAMERICANA - (092)7382280
Nit 900335691-2

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 1085897930 **Nº Folio:** 25 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO	**Identificación:**	1085897930 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	19/abril/1986 **Edad Actual:** 38 Años / 6 Meses / 25 Días	**Estado Civil:**	UnionLibre
Dirección:	CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES	**Teléfono:**	3178791470
Procedencia:	PASTO	**Ocupación:**	
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS	**Nivel - Estrato:**	CONTRIBUTIVO NIVEL I
Nº Ingreso:	574273	**Fecha:**	12/11/2024 11:35:00 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE EXÁMENES **ÁREA SERVICIO:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
931001 - 29112	TERAPIA FISICA INTEGRAL	30	Rutinario
SEDATIVA ,RELAJANTE			
933300	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD	30	Rutinario
FIBROMIALGIA			
939500 - 37805	OXIGENACION HIPERBARICA SOD	10	Rutinario
FIBROMIALGIA			
938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30	Rutinario
FIBROMIALGIA			

Total Ítems: 4

Profesional JOSE ALVAREZ REYES **Tarjeta Profesional** 521546
Especialidad 230 - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

[CONTRATO A] [COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA] NIT [900335691-2]

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogotá, 17 de noviembre de 2023

Señores:
BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A
NI 900215071
Pasto

CERTIFICACIÓN DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS

La EPS SANITAS certifica que ha validado y expedido incapacidades laborales y/o licencias a nuestra afiliada ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO identificada con cédula de ciudadanía N° 1085897930 acorde con la siguiente relación:

# DE CERTIFICADO	ORIGEN	ESTADO DE INCAPACIDAD	F. INICIO	F. FIN	DIAS AUT	DIAS ACUM	IBC	COD DIAGN	VALOR LIQUIDADO	ESTADO LIQUIDACION
56424254	11	LIQUIDADA	24/07/2020	25/07/2020	0	2	$ 2.136.101	G439	$ 0	LIQUIDADA
56656288	11	LIQUIDADA	14/12/2020	27/12/2020	12	14	$ 2.281.436	U071	$ 608.413	PAGADA
56822633	11	LIQUIDADA	5/03/2021	6/03/2021	0	2	$ 2.242.863	G442	$ 0	LIQUIDADA
56822818	11	LIQUIDADA	15/03/2021	16/03/2021	2	4	$ 2.242.863	G439	$ 99.688	PAGADA
56903654	11	LIQUIDADA	21/04/2021	27/04/2021	5	7	$ 2.274.900	F411	$ 252.779	PAGADA
57025080	11	LIQUIDADA	17/06/2021	23/06/2021	5	7	$ 2.229.900	F411	$ 247.779	PAGADA
57022645	11	LIQUIDADA	30/06/2021	2/07/2021	3	10	$ 2.229.900	O200	$ 148.668	PAGADA
57646725	11	LIQUIDADA	14/10/2021	16/10/2021	1	3	$ 2.475.100	O268	$ 55.005	PAGADA
57646743	11	LIQUIDADA	29/10/2021	31/10/2021	3	6	$ 2.475.100	O268	$ 165.015	PAGADA
57657048	11	LIQUIDADA	4/11/2021	23/11/2021	18	20	$ 2.352.500	F411	$ 941.047	PAGADA
57551592	11	LIQUIDADA	15/02/2022	20/06/2022	126	126	$ 2.434.825	O809	$ 10.226.266	PAGADA
58306021	11	LIQUIDADA	22/12/2022	30/12/2022	7	9	$ 5.149.100	F412	$ 801.011	PAGADA
58306025	11	LIQUIDADA	31/12/2022	5/01/2023	6	15	$ 5.149.100	F412	$ 686.581	PAGADA
58306037	11	LIQUIDADA	6/01/2023	8/01/2023	3	18	$ 5.149.100	F412	$ 343.290	PAGADA
58306038	11	LIQUIDADA	10/01/2023	10/01/2023	1	19	$ 5.149.100	F412	$ 114.430	PAGADA
58306045	11	LIQUIDADA	11/01/2023	14/01/2023	4	23	$ 5.149.100	F412	$ 457.721	PAGADA
58306029	11	LIQUIDADA	15/01/2023	23/01/2023	9	32	$ 5.149.100	F412	$ 1.029.871	PAGADA
58611775	11	LIQUIDADA	14/02/2023	20/02/2023	7	39	$ 5.149.100	F412	$ 801.011	PAGADA
58611833	11	LIQUIDADA	8/03/2023	12/03/2023	5	44	$ 5.149.100	F329	$ 572.151	PAGADA
58611868	11	RECHAZADA	13/03/2023	20/03/2023	8	52	$ 5.149.100	F329	$ 0	RECHAZADA
58611854	11	LIQUIDADA	21/03/2023	31/03/2023	11	63	$ 5.149.100	F412	$ 1.258.732	PAGADA
58611889	11	LIQUIDADA	1/04/2023	27/04/2023	27	90	$ 5.149.100	F412	$ 3.089.614	PAGADA
58635368	11	LIQUIDADA	28/04/2023	30/04/2023	3	93	$ 5.149.100	F412	$ 257.455	PAGADA
58778421	11	LIQUIDADA	1/05/2023	30/05/2023	30	123	$ 5.149.100	F412	$ 2.574.550	PAGADA
58778451	11	LIQUIDADA	31/05/2023	31/05/2023	1	124	$ 5.149.100	F412	$ 85.818	PAGADA
58784809	11	LIQUIDADA	1/06/2023	4/06/2023	4	128	$ 5.149.100	F412	$ 343.273	PAGADA
58784831	11	RECHAZADA	14/06/2023	21/06/2023	6	8	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58784841	11	RECHAZADA	22/06/2023	30/06/2023	9	137	$ 5.149.100	F412	$ 0	RECHAZADA

PD.: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008)

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

58784855	11	RECHAZADA	1/07/2023	8/07/2023	8	145	$ 5.149.100	F412	$ 0	RECHAZADA
58784863	11	RECHAZADA	10/07/2023	17/07/2023	8	16	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58877089	11	RECHAZADA	18/07/2023	25/07/2023	8	24	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58877421	11	RECHAZADA	26/07/2023	2/08/2023	8	32	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58915250	11	RECHAZADA	3/08/2023	10/08/2023	8	40	$ 1.558.259	Z000	$ 0	RECHAZADA
58915025	11	RECHAZADA	10/08/2023	17/08/2023	8	48	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
58915269	11	RECHAZADA	19/08/2023	26/08/2023	0	8	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
58928369	11	LIQUIDADA	27/08/2023	28/08/2023	0	16	$ 2.248.760	M751	$ 0	LIQUIDADA
58956849	11	RECHAZADA	8/09/2023	9/09/2023	0	2	$ 2.974.599	F412	$ 0	RECHAZADA
58957071	11	RECHAZADA	11/09/2023	12/09/2023	0	2	$ 2.974.599	F419	$ 0	RECHAZADA
59009667	11	RECHAZADA	16/09/2023	23/09/2023	8	24	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
59061360	11	RECHAZADA	3/10/2023	10/10/2023	8	32	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA
59066978	11	RECHAZADA	11/10/2023	18/10/2023	8	40	$ 2.248.760	Z000	$ 0	RECHAZADA

1	Licencia Parto Normal
2	Adopción
3	Adopción múltiple
4	Descanso remunerado por aborto

5	Licencia Al Padre Por Fallecimiento De La Madre
6	Licencia Maternidad Parto Múltiple
7	Licencia Parto Prematuro Y Múltiple

8	Licencia Parto Prematuro
9	Licencia Remunerada De Paternidad
10	Licencia Pre Parto

11	General
12	Riesgo Laboral
13	Accidente de Tránsito

DEFINICIONES

Estado de incapacidad	Definición	Procedimiento a seguir
Resuelta	Incapacidad que ya fue validada y expedida por la EPS pero aún no ha sido cobrada por la empresa	La empresa debe descargar por la página web (www.epssanitas.com) la planilla de Solicitud de reconocimiento económico y enviarla diligenciada en Excel al correo reconocimientoeconomico@colsanitas.com
Liquidada	Incapacidad que ya fue validada y expedida por la EPS.	Si la incapacidad es mayor a dos días y NO es con cargo a pensiones o riesgos laborales, será pagada en un plazo de 20 días hábiles en la cuenta registrada por la empresa.
Rechazada	Incapacidad que NO fue aprobada por no cumplimiento de requisitos de Ley o falta de soportes	Si no cumple requisitos de Ley, la incapacidad NO será objeto de liquidación ni pago. Si el rechazo es por soportes, la empresa debe radicar lo faltante por la oficina virtual de empleadores con el mismo número de certificado que fue rechazado

PD.: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008)

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Estado de Liquidación	Definición	Procedimiento a seguir
Liquidada	Incapacidad que ya fue validada y expedida por la EPS.	Si la incapacidad es mayor a dos días y no es con cargo a pensiones o riesgos laborales será pagada en un plazo de 20 días hábiles en la cuenta registrada por la empresa
Enviada a Tesorería	Incapacidad en proceso de pago	Si la incapacidad es mayor a dos días y no es con cargo a pensiones o riesgos laborales será pagada en un plazo de 20 días hábiles en la cuenta registrada por la empresa
Pagada	Incapacidad ya pagada al aportante	Validar el pago en la cuenta registrada ante la EPS Sanitas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Estado de Liquidación	Definición
Incapacidad de Origen Laboral	Incapacidad transcrita por la EPS Sanitas cuyo reconocimiento económico queda a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
Incapacidad de Origen General con acumulado entre 181 Y 540 días	Incapacidad transcrita por la EPS Sanitas y su reconocimiento económico queda a cargo de la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP).
Incapacidad inicial (no prórroga) de 1 y 2 días	Incapacidad que NO es objeto de liquidación o pago por parte de la EPS Sanitas y debe ser asumida por la empresa.

Señor usuario: El pago de incapacidades o licencias se hace por periodos causados (fracciones) una vez ingrese el pago de cotización al sistema de seguridad social en salud que corresponda a cada periodo.

Cordialmente,

EPS Sanitas
NIT. 900.251.449-6
PRESTACIONES ECONOMICAS

Sara Penagos.
Prestaciones Económicas
EPS SANITAS

PD.: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008)

SERVICIO SOCIAL "*CARMELITANO*"
PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

HISTORIA CLINICA No | 062

IDENTIFICACION Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: ANA CRISTINA **Apellidos:** QUIROZ

Tipo de Identificación: **T.I.** [ ] **C.C.** [X] **No. Identificación:** 1085897930 **Fecha de Nacimiento:** 19/ABR/1986

Edad: 37 Años **Sexo** F [ ] M [X] **Estado Civil:** Casada

Departamento: Nariño **Ciudad:** Pasto **Escolaridad:** Profesional
Dirección: Clle 20A#3-12 Mercedes **Celular:** 3103805827 **Correo:** N/A
Ocupación: Asesora **E.P.S.**
Fecha inicio reposo: 16/11/2023 **Hora Ingreso** 09:30 AM **Fecha finaliza reposo** 23/11/2023 **Hora Egreso** 00:00 Am

Tipo de Consulta:	Primera vez		Control	X

Antecedentes psicológicos:

Trastorno del estado de ánimo con cuadro de Depresión, Ansiedad y Ataques de pánico por estrés laboral.

Enfermedad actual:

Paciente mayor de edad, quien se encuentra en tratamiento psicológico, a raíz de un trastorno del estado de ánimo comprendido con un cuadro depresivo y ansioso, por estrés laboral generado meses anteriores, además de las afecciones físicas como la fibromialgia, y problemas de columna, por el mismo evento presentado por el estrés laboral, refiriendo así la paciente que presenta ataques de pánico, donde se desencadena el cuadro ansioso y malestar físico cuando se refieren a su lugar de trabajo, presentando afecciones en su cuerpo como dolores musculares, sudoración, temblores, taquicardia, generando en la paciente malestar y desestabilidad emocional, el cual ya afectado su entorno personal, social y laboral, impidiendo en ella continuar con sus rutinas diarias.

Paciente en el momento medicada por la especialidad de psiquiatría y manejo del dolor con acuaterapias, para sobrellevar los dolores generados por el estrés laboral y el cual hasta el momento no se mira una mayor evolución, ya que la paciente cuando se encuentra en sesión psicológica, su postura refleja dolor y desesperanza a raíz de lo causado y mirar que la mejoría es momentánea y teme no poder recuperarse.

SERVICIO SOCIAL "*CARMELITANO*"
PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Diagnóstico:

Paciente mayor de edad, diagnosticada con trastornos del estado de ánimo depresivo y ansioso, a raíz de estrés laboral, lo cual ha venido deteriorando su estabilidad emocional y física, afectando así su entorno personal, social y laboral.

Paciente quien durante las sesiones manifiesta la raíz de su malestar emocional, automáticamente se dispara su ansiedad a tal punto de llegar nuevamente el desánimo y angustia; por lo que se requiere que la paciente continúe con tratamiento psicológico, ya que presenta deterioro en su estabilidad emocional.

Se continúan sesiones para manejo de trastornos de estado de ánimo en depresión y ansiedad.

Recomendación:

Se recomienda que paciente realice trabajo desde casa para no generar malestar emocional y físico; además de continuar con seguimiento psicológico y psiquiátrico para manejo de cuadro depresivo y ansioso por estrés laboral, reposo por ocho (8) días, dentro de los cuales la paciente deberá acudir a sesiones para control y seguimiento de estado emocional, el cual por momentos decae nuevamente y le genera malestar afectado su entorno familiar y social; dentro de las sesiones se trabajara ejercicios de relajación, respiración, manejo de pensamientos y emociones.
Se recomienda además la exposición a ruidos fuertes, que alteren su sistema nervioso, noticias negativas u cualquier otro motivo que le ocasionen alteraciones en su estado emocional.

Dra. Cindy K. Chamorro Díaz
Psicóloga
236022

Cindy Chamorro Díaz
Psicóloga
T.P. 236022

Fwd: 137222*bryanjati7@gmail.com*

Bryan Jativa <bryanjati7@gmail.com>

Mié 15/11/2023 10:56 AM

Para:danielo312@hotmail.com <danielo312@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (6 MB)

DERECHO DE PETICION ANNA QUIROZ.pdf;

---------- Forwarded message ---------
De: <porvenir@en-contacto.co>
Date: mar, 14 nov 2023 a la(s) 14:13
Subject: Fwd: 137222*bryanjati7@gmail.com*
To: <bryanjati7@gmail.com>

Bogotá D.C., noviembre 14 de 2023

Señor:
BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
bryanjati7@gmail.com

Ref. Solicitud recibida.
C.C 1085294986
T.N N/A

Apreciado Cliente:

Te informamos que hemos recibido tu solicitud hecha a través de nuestro canal Contacto Porvenir, realizaremos la validación y te estaremos informando acerca de tu requerimiento.

El tiempo de respuesta será entre tres y quince días hábiles máximo dependiendo de tu solicitud.Puedes hacerle seguimiento al estado de tus solicitudes radicadas en los últimos dos meses ingresando a www.porvenir.com.co sección utilidades de interés o en el código QR.

Le invitamos a utilizar nuestros canales digitales y la Línea de Servicio al Cliente para realizar sus consultas y trámites, evitando desplazamientos a las oficinas.

Este mensaje ha sido enviado por un sistema automático por lo cual agradecemos no responder.

Cordialmente,

Danny Esteban Pardo
Asesor linea de servicio al cliente
Porvenir S.A

1. No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 7434441 Ext. 77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica

2. Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet

3. Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera a Carrera 10 N° 97 A - 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita, o ingresando a https://www.porvenir.com.co/web/canales-de-servicio/defensor-delconsumidor-financiero

From: contactenosporvenir@en-contacto.co, CC: , To: porvenir@en-contacto.co; , On 14/11/2023 10:21 a. m., Contactenos Porvenir wrote:

¿Quién hace la solitud?:	Apoderado

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO

IMPUGNACIÓN ACCION DE TUTELA No. 2024 00206- 01
ACCIONANTE: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ACCIONADA: EPS SANITAS S.A.S., ARL AXA COLPATRIA Y FONDO DE PENSIONES PORVENIR
VINCULADOS: BANCO DE MICROFINANZAS BANCAMIA y el AGENTE INTERVENTOR DE EPS SANITAS S.A.S

San Juan de Pasto, veintitrés (23) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

Se procede a decidir la impugnación interpuesta por Emssanar E.P.S. S.A.S., frente a la sentencia proferida el 11 de julio de 2024 por el Juzgado Segundo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Pasto, mediante la cual se concedió el amparo constitucional deprecado.

I. ANTECEDENTES:

1.1. PRETENSIONES:

La accionante, por medio de apoderado judicial instauró acción de tutela encaminada a proteger los derechos fundamentales al debido proceso, al trabajo, a la seguridad social, a la vida digna, al mínimo vital y a la salud, y, en consecuencia, requirió que se ordene a las entidades demandadas le paguen los subsidios por incapacidad generados en su favor; a la A.F.P Porvenir determinar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y reconocer una pensión por invalidez; y al Banco De Microfinanzas Bancamía acatar las recomendaciones médicas de trabajo remoto y reubicación en la ciudad de Pasto con el fin de que continúe recibiendo los servicios de salud.

1.2. HECHOS:

Como hechos relevantes en el libelo demandatorio, se tiene que la accionante se vinculó laboralmente con el Banco de Microfinanzas Bancamía ubicado en la ciudad de Ipiales.

Que en el mes de octubre de 2020, la accionante solicitó a su empleador ser trasladada a la ciudad de Popayán debido a un padecimiento clínico de su hija.

Que durante la ejecución del vínculo laboral desarrollado en la ciudad de Popayán ha sido sujeto de acoso y persecución laboral, maltratos verbales y hostigamiento por parte de sus superiores.

Que a la fecha es aquejada por múltiples patologías y en razón a ello, ha recibido atención en medicina del dolor, psiquiatría, y terapias físicas de columna, siendo sus controles médicos llevados a cabo en la ciudad de Pasto (N).

Que, ni la EPS Sanitas, ni ARL Axa Colpatria han pagado los subsidios por incapacidad, por lo que manifiesta ha tenido que recurrir a préstamos particulares para solventar las necesidades propias y de su núcleo familiar.

Que, en la actualidad ha superado los 180 días de incapacidad por lo que Porvenir debe realizar los dictámenes y estudios correspondientes para determinar el origen y el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

Que, su superior ordenó su reintegro laboral a partir del 1° de julio de 2024 en las instalaciones de Bancamía sede Popayán, sin considerar las reincidentes solicitudes de traslado a la ciudad de Pasto, lugar en donde acude a sus consultas y controles médicos.

1.3. CONTESTACION A LA TUTELA:

- **E.P.S. SANITAS S.A.S.**

La parte accionada indicó inicialmente que la señora Anna Cristina Quiroz Rosero radicó incapacidades medicas por un total de 160 días por el periodo comprendido entre el 26 de octubre de 2023 y el 2 de mayo de 2024, las cuales fueron rechazadas en su totalidad por la causal de *"VALIDACIÓN DE PERIODO DESCUBIERTO"*, la cual corresponde a un periodo de tiempo sin evidencia de incapacidad o de haber laborado, necesario para definir la continuidad del acumulado y la liquidación de las prestaciones.

Señaló además que la accionante radicó incapacidades a partir del 7 de julio de 2023, las cuales fueron rechazadas en razón a que los soportes que fueron allegados a manera de certificado de incapacidad no reúnen las características y/o datos mínimos que debe contener un certificado de incapacidad.

- **FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A**

La accionada señalo que *"Al validar el histórico de tramites del accionante se evidencia que PORVENIR S.A., fue notificada de Concepto de Rehabilitación DESFAVORABLE – CRIE"*, informando que en el presente caso no procede el pago de incapacidades por parte de Porvenir.

- **BANCO DE MICROFINANZAS BANCAMIA y el AGENTE INTERVENTOR DE EPS SANITAS S.A.S**

No rindieron el informe solicitado dentro del trámite tutelar.

1.4. TRAMITE DE PRIMERA INSTANCIA:

El conocimiento de la presente acción de tutela en primera instancia fue asumido por el Juzgado Segundo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Pasto, que mediante sentencia calendada el 11 de julio de 2024, resolvió:

> *"PRIMERO: DECLARAR IMPROCEDENTE la acción de tutela instaurada por ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. SEGUNDO: EXHORTAR al FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A. realice todas las gestiones administrativas necesarias para proceder de inmediato con el trámite de*

calificación de invalidez a favor de la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO."

1.5. IMPUGNACIÓN DE LA PARTE ACTORA

A través de escrito allegado vía e-mail, y por intermedio de su apoderado judicial, la accionante impugnó el fallo de tutela proferido por la *A-quo* y solicitó revocar la decisión avocada y como consecuencia directa de ello, tutelar los derechos fundamentales que asisten a la accionada.

Indicó que se ha pasado por alto el derecho al mínimo vital, pues existe negativa de valoraciones de incapacidades médicas de una persona que es sujeto de especial protección por parte del estado, porque sufre patologías que limitan su actuar laboral, a quien se le ha negado la oportunidad de recuperar su salud, la cual se vio afectada por causas laborales y que no cuenta con recursos económicos y que requiere de una fuente de ingresos para velar por su bienestar económico para sufragar su manutención, alimentación, pago de servicios, etc.

En cuanto, a la procedencia excepcional de la acción de tutela en materia de protección de derechos, manifestó que, el medio ordinario carece de potencialidad de evitar un perjuicio irremediable, ya que es un trámite de esa envergadura implica que la actora sea despojada de su derecho al mínimo vital aun encontrándose en una condición especial de debilidad manifiesta por su patología, afectando sus derechos no solo a la vida digna, sino también a la salud.

1.6. TRAMITE DE SEGUNDA INSTANCIA:

El conocimiento de la presente impugnación de tutela correspondió por reparto a este Despacho Judicial, quien mediante auto No. 0951 del 25 de Julio del 2024, ordenó admitirla, darle el trámite respectivo y notificar a las partes de conformidad con el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991.

II. CONSIDERACIONES

2.1. COMPETENCIA

Este Juzgado es el competente para conocer la presente impugnación de tutela de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política, en armonía con el Decreto 2591 de 1991 y las reglas de reparto establecidas en el Decreto No. 333 de 2021.

2.2. PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

Teniendo en cuenta la impugnación propuesta por la parte actora, le corresponde a este Despacho Judicial determinar si las entidades accionadas, vulneraron los derechos fundamentales invocados y si existe mérito para confirmar o revocar el fallo emitido por la Juez de primera instancia.

2.3. SOLUCIÓN AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

La acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia de 1991, faculta para acudir ante el órgano jurisdiccional en

demanda de protección, a quien se sienta amenazado o vulnerado en alguno de sus derechos constitucionales fundamentales por una acción u omisión proveniente bien sea de una autoridad pública o de un particular, siempre y cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, a menos que se ejercite para evitar un perjuicio irremediable.

De otro lado, y en consideración a que la acción de tutela tiene carácter residual, debe ser el único medio de que dispone el ciudadano para la defensa de sus derechos fundamentales, pues este mecanismo excepcional no puede desplazar las acciones ordinarias. Una excepción a esta regla se da cuando se está en presencia de un perjuicio irremediable, caso en el cual el amparo podrá decretarse de manera transitoria, tal como lo dispone el artículo 8º del Decreto 2591 de 1991, en cuyo evento produce efectos sólo mientras la autoridad judicial ordinaria proceda a decidir de fondo las pretensiones del afectado; también puede prodigarse el amparo de manera transitoria, cuando la acción de tutela se interponga para proteger los derechos de personas pertenecientes a sectores en situación de debilidad manifiesta o de indefensión, como es el caso de los niños, los discapacitados, las personas de la tercera edad y los padres y madres cabeza de familia, eventos en los cuales así el ciudadano cuente con otro medio de defensa judicial, no puede esperarse que las autoridades judiciales ordinarias resuelvan las controversias, resultando entonces la tutela como el medio más eficaz para obtener la protección de esos derechos.

RECONOCIMIENTO Y PAGO DE INCAPACIDADES DE ORIGEN COMÚN.

La viabilidad de la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política, deviene de la necesidad de conjurar la amenaza o vulneración de uno o más derechos fundamentales de una persona, como consecuencia de la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares en los casos previstos en la ley, siempre y cuando el afectado con ello no cuente con otro medio de defensa judicial de similar eficacia, excepto cuando se la utilice para evitar un perjuicio irremediable. Sobre el tema ha sido prolija la H. Corte Constitucional al señalar que:

> *"…De lo regulado por el artículo 86 de la Constitución Política, se extrae que la acción de tutela es una acción judicial de rango constitucional, de naturaleza autónoma, cuya finalidad es proteger los derechos fundamentales cuando quiera que ellos hayan sido vulnerados, caso en el cual es restitutoria, o cuando exista una amenaza de vulneración de los mismos, caso en cual es preventiva. Por el contrario, no es una acción indemnizatoria ni sancionatoria, finalidades que no son posibles de alcanzar por este mecanismo judicial, como tampoco es declarativa, es decir no está diseñada para definir asuntos litigiosos."*[1]

En otras palabras, la acción de tutela constituye un medio judicial excepcional, subsidiario y residual, no alternativo u optativo a elección de la accionante y que, como último medio al alcance del ciudadano, se ha previsto para lograr la inmediata, efectiva y cabal protección de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando no existen recursos judiciales ordinarios que garanticen la vigencia de tales derechos o cuando, existiendo y habiéndolos ejercido diligente, oportuna y eficientemente, los mismos han

[1] Corte Constitucional, sentencia T-583 de 2006, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

resultado insuficientes e infructuosos en aras de precaver dicha amenaza o vulneración.

Así las cosas, los medios y recursos judiciales ordinarios, siguen siendo preferenciales, y a ellos deben recurrir las personas para solicitar la protección de sus derechos; por lo mismo, la acción de tutela es un mecanismo subsidiario frente a los demás modos de defensa judicial y su objetivo no es desplazarlos, sino que se convierte en el último recurso para obtener la protección efectiva de los derechos fundamentales, en la medida en que el ordenamiento jurídico no le ofrece al afectado otro medio de defensa judicial, como paladinamente lo define el artículo 6ª del Decreto 2591 de 1991.

Sobre tales aspectos, una vez estudiado el requerimiento presentado por la accionante, se observa de antemano que en este caso la vía constitucional no es la adecuada, lo que a la postre desencadena la improcedencia del amparo deprecado.

La disertación argumentativa que sigue explica y sustenta la aseveración que antecede:

De conformidad con lo establecido por la jurisprudencia constitucional, el presupuesto de la inmediatez constituye un requisito para la prosperidad de la acción de tutela[2], de tal suerte que la misma debe ser interpuesta dentro de un plazo razonable. Con esta exigencia, se pretende evitar que este mecanismo de defensa judicial sea usado con temeridad, negligencia o desidia o que sea convertido en un factor de inseguridad jurídica.

Así, esta condición se constituye en característica esencial de la acción de tutela en virtud del artículo 86 Superior y de la jurisprudencia que lo interpreta, puesto que aquella ha sido instituida como remedio de aplicación urgente que se hace preciso administrar en guarda de la efectividad concreta y actual del derecho que es objeto de violación o amenaza.

En este sentido, la H. Corte Constitucional, en sentencia SU-961 de 1999, aclaró que la inexistencia de un término de caducidad no significa que la acción de tutela no deba interponerse dentro de un plazo razonable, advirtiendo que:

> *"la razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser ponderada en cada caso concreto. De acuerdo con los hechos, entonces, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros. Si bien el término para interponer la acción de tutela no es susceptible de establecerse de antemano de manera afirmativa, el juez está en la obligación de verificar cuándo ésta no se ha interpuesto de manera razonable, impidiendo que se convierta en factor de inseguridad, que de alguna forma afecte los derechos fundamentales de terceros, o que desnaturalice la acción. En jurisprudencia reiterada, la Corte ha determinado que la acción de tutela se caracteriza por su 'inmediatez'. (...) Si el elemento de la inmediatez es consustancial a la protección que la acción brinda a los derechos de los ciudadanos, ello*

[2] Corte Constitucional - Sentencia T-575/02

implica que debe ejercerse de conformidad con tal naturaleza. Esta condiciona su ejercicio a través de un deber correlativo: la interposición oportuna y justa de la acción".

(…)

"Si la inactividad del accionante para ejercer las acciones ordinarias, cuando éstas proveen una protección eficaz, impide que se conceda la acción de tutela, del mismo modo, es necesario aceptar que la inactividad para interponer esta última acción durante un término prudencial, debe llevar a que no se conceda. En el caso en que sea la tutela y no otro medio de defensa el que se ha dejado de interponer a tiempo, también es aplicable el principio establecido en la Sentencia arriba mencionada (C-543/92), según el cual la falta de ejercicio oportuno de los medios que la ley ofrece para el reconocimiento de sus derechos no puede alegarse para beneficio propio, máxime en los casos en que existen derechos de terceros involucrados en la decisión". (Subrayas fuera del texto)

Sobre este particular la H. Corte Constitucional ha entregado otras razones consignadas en la sentencia T-051 del 2016, como las relacionadas con la seguridad jurídica, que reclama la pronta resolución definitiva de las situaciones litigiosas y el interés de terceros, cuya situación podría verse injustamente afectada por el otorgamiento tardío de la protección constitucional al peticionario, cuando éste no la reclamó dentro de un término razonable.

Así las cosas, corresponde al juez evaluar dentro de qué tiempo es razonable ejercer la acción de tutela en cada caso concreto y en tal sentido, la misma Corporación ha señalado que deben igualmente valorarse las circunstancias por las cuales el solicitante pudiera haberse demorado para interponer la acción, de acuerdo con los hechos de que se trate. Así, de manera excepcional, la tutela ha procedido en algunos casos en los que ella se ha interpuesto tardíamente, cuando el servidor judicial encuentra justificada la demora.[3]

Con apuntalamiento en los precedentes antes referidos, debe analizarse el lapso que discurrió entre las circunstancias que son objeto de la presente acción de tutela y la interposición de la misma.

Al respecto, menester es señalar que según el escrito de impugnación, las incapacidades que se pretenden por esta vía son las emitidas entre 08 de septiembre de 2023 y el 02 de mayo de 2024.

De igual manera, se tiene que la documental obrante a folio 678 del anexo 02, revela que la gestión destinada a obtener el pago de las sumas aludidas fue adelantada el 10 de mayo de 2024.

Por lo tanto, a partir del momento en el que se otorgó la primera incapacidad reclamada y el inicio de las gestiones administrativas destinadas a su pago, transcurrieron más de 08 meses, mientras que la tutela fue interpuesta el 27 de junio del año que avanza, esto es, cuando ya se habían superado 09 meses desde aquella oportunidad.

[3] T-1167 de noviembre 17 de 2005 y T-206 de marzo 16 de 2006, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto, entre otras

Por lo anterior, si la presunta vulneración del derecho fundamental al mínimo vital invocada por la ciudadana encuentra sustento fáctico en la negativa de las entidades accionadas en acceder al pago de las incapacidades en cita, no advierte este despacho circunstancias materiales que hubieren justificado la mora de la actora en interponer la acción de tutela, o al solicitar ante las entidades el reconocimiento de las prestaciones pretendida, por lo que, de conformidad con las reglas jurisprudenciales expuestas, en el presente caso se está ante la incompatibilidad entre la actitud de la accionante y la naturaleza de protección inmediata de la acción citada.

Ahora bien, podría señalarse que el argumento expuesto en líneas precedentes tendría cabida respecto de las incapacidades que se causaron en el año 2023, empero no sería aplicable para las generadas en el año que avanza, pues éstas iniciaron el 16 de enero de 2024 y a partir del momento en que fueron reclamadas no transcurrió sino 04 meses.

Sin embargo, habrá de señalarse que en lo atañedero a las mismas se coincide con la visión hilvanada por la jueza de primera instancia, en la medida que no se demostró que la negativa en el pago de las sumas reclamadas se derive de un acto arbitrario adoptado por la EPS accionada.

En efecto, el expediente se muestra huérfano de elementos probatorios que acrediten que las incapacidades fueron concedidas y tramitadas regularmente, pues más allá de que la EPS haya expuesto en las respuestas hilvanadas tanto administrativa (fl. 683 anexo 02) como judicialmente (Anexo 12) que, las mismas fueron radicadas y que su pago fue negado por "*periodo descubierto"*, no se aportó algún elemento que explicitara la existencia de un certificado de incapacidad en los términos del artículo 2.2.3.3.2 del Decreto 2126 de 2023.

Dicho esto, debe advertirse que, si bien uno de los rasgos características de la acción de tutela es la informalidad, la Corte Constitucional ha señalado que: "*el juez tiene el deber de corroborar los hechos que dan cuenta de la violación de un derecho fundamental, para lo cual ha de ejercer las facultades que le permiten constatar la veracidad de las afirmaciones, cuando sea del caso*".[4]

En igual sentido, ha manifestado que: *"un juez no puede conceder una tutela si en el respectivo proceso no existe prueba, al menos sumaria, de la violación concreta de un derecho fundamental, pues el objetivo de la acción constitucional es garantizar la efectividad de los derechos fundamentales, cuya trasgresión o amenaza opone la intervención del juez dentro de un procedimiento preferente y sumario."*[5] Así las cosas, los hechos afirmados por el accionante en el trámite de una acción de tutela, deben ser probados siquiera sumariamente, a fin de que el juez pueda inferir con plena certeza la verdad material que subyace con la solicitud de amparo constitucional.

Por otra parte, la Corte en Sentencia T-131 de 2007 se pronunció sobre el tema de la carga de la prueba en sede de tutela, afirmando el principio "*onus probandi incumbit actori*" que rige en esta materia, y según el cual, la carga

[4] Entre otras, ver al respecto las sentencias T-760 de 2008 (MP. Mauricio González Cuervo), T-819 de 2003 (MP. Marco Gerardo Monroy Cabra) y T-846 de 2006 (MP. Jaime Córdoba Triviño).
[5] Sentencia T-702 de 2000 (MP. Alejandro Martínez Caballero).

de la prueba incumbe al actor. Así, quien pretenda el amparo de un derecho fundamental debe demostrar los hechos en que se funda su pretensión, a fin de que la determinación del juez, obedezca a la certeza y convicción de que se ha violado o amenazado el derecho.

Bajo ese entendido, este juzgado advierte que, en lo atañedero al aspecto estudiado, la providencia fustigada debe ser confirmada, pero por las razones expuestas en precedencia.

DEL DERECHO A LA SALUD EN EL AMBITO DE LAS RELACIONES LABORALES.

El derecho a la salud, previsto en el artículo 49 de la Constitución Política, posee una doble connotación, tanto de derecho constitucional como de servicio público esencial; desde su consagración en la Carta Mayor fue diferenciado, como solían serlo todos los derechos, de aquellos denominados fundamentales; en tal sentido, el derecho a la salud hacía parte de los derechos sociales, económicos y culturales, cuya protección, por vía de tutela, dependía de su conexidad con alguno de los derechos fundamentales; no obstante, ha sido el desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional el que, desde el año 2008, ha considerado el derecho a la salud como un derecho autónomo, de carácter fundamental, que debe ser protegido de forma directa, pues resulta evidente que su quebrantamiento deviene en un atentado contra la subsistencia de cualquier ser humano; es así como la Ley Estatutaria 1751 de 2015 elevó a rango de derecho fundamental el derecho a la salud, estableciendo los elementos y principios que lo componen y que han de servir de guía para su aplicación.

Adicionalmente, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, estableció en el artículo 10º el derecho a la salud, en los siguientes términos:

> *"1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
> *2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*
>
> *[…]*
> *f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables".* (Subrayas ex texto)

Por su parte, el artículo 1° de la Ley 100 de 1993 contempló como objeto del Régimen de Seguridad Social en Salud el de "*garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten."* A partir de ello el legislador y las demás autoridades que participan en la protección de este derecho han desarrollado una extensa regulación que pretende garantizar "*condiciones que protejan la salud de los*

colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud."[6]

En estos términos, el concepto de salud se encuentra estrechamente ligado con otros intereses de rango constitucional -salud mental-, por lo que "*no hace referencia únicamente a la [integridad] física sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona"*[7].

La Corte Constitucional, en la sentencia T-248 de 1998 refirió que la salud protegida constitucionalmente comprende también el bienestar sicológico, mental y sicosomático de la persona, advirtiendo:

> *"La vida humana, en los términos de la garantía constitucional de su preservación (arts. 1, 2 y 11 C.P.), no consiste solamente en la supervivencia biológica sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones mínimas de dignidad. La persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y síquico. Su vida, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo. Por otra parte, el artículo 12 de la Constitución proclama el derecho fundamental a la integridad personal y, al hacerlo, no solamente cubre la composición física de la persona, sino la plenitud de los elementos que inciden en la salud mental y en el equilibrio sicológico. Ambos por igual deben conservarse y, por ello, los atentados contra uno u otro de tales factores de la integridad personal -por acción o por omisión- vulneran ese derecho fundamental y ponen en peligro el de la vida en las anotadas condiciones de dignidad. (…) Esto indica que la salud constitucionalmente protegida no es únicamente la física sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar sicológico, mental y sicosomático de la persona".*

Dicho esto, y a fin de evidenciar la cercanía entre los derechos a la salud y al del trabajo digno, resulta atinado el señalar que, el artículo 25 de la Constitución dispone que *"el trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas."* Por su parte, el artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos[8] dispone que: *"1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo. 2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual. 3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social".*

---

[6] Articulo 2º de la Ley 1438 de 2011.
[7] Sentencia T- 544 de 2002.
[8] Esta declaración fue adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Por su naturaleza no requiere de aprobación ni ratificación por parte de los Estados miembros de la ONU. Tomado de http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm.

En virtud de lo anterior, la Corte Constitucional ha señalado que el derecho al trabajo "*no se limita al acceso al mismo, sino que éste debe ser desempeñado en condiciones dignas y justas*"[9], por ser este "*una manifestación de la libertad del hombre y por tanto en último término tiene su fundamento en la dignidad de la persona humana*"[10].

Ahora bien, uno de los factores sobre los que se ha empezado prestar una mayor atención como determinante en las condiciones de trabajo es el denominado "*estrés laboral*". Sobre esta temática, tuvo oportunidad de expresarse la H. Corte Constitucional, cuando en sentencia T – 372 de 2012, advirtió:

> […] "*La Organización Internacional del Trabajo – OIT (también ILO por su siglas en inglés), por ejemplo, ha reconocido que "el estrés laboral tiene una multiplicidad de impactos negativos, incluyendo enfermedades de circulación y gastrointestinales, otros problemas físicos, problemas psicosomáticos y psicosociales y baja productividad".*[11] *En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud –OMS- (o World Health Organization –WHO- por su nombre en inglés), en el marco del programa de "Salud Ocupacional" y particularmente sobre el entorno laboral saludable, afirmó:*
>
> *"El estrés es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por otro. (…) En términos generales, un trabajo saludable es aquel en que la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce sobre su actividad y el apoyo que recibe de las personas que son importantes para él. Dado que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1986), un entorno laboral saludable no es aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promuevan la salud. (…)*
>
> *Una mala organización del trabajo, es decir, el modo en que se definen los puestos y los sistemas de trabajo, y la manera en que se gestionan, puede provocar estrés laboral. El exceso de exigencias y presiones o la dificultad para controlarlas puede tener su origen en una definición inadecuada del trabajo, una mala gestión o la existencia de condiciones laborales insatisfactorias. Del mismo modo, estas circunstancias pueden hacer que el trabajador no reciba suficiente apoyo de los demás, o no tenga suficiente control sobre su actividad y las presiones que conlleva. (…)*
>
> […]

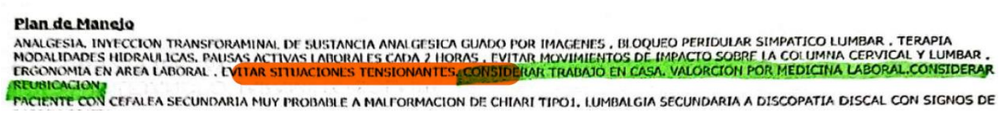
---

[9] Sentencia T-886 de 2006.
[10] Sentencia T-014 de 1992.
[11] Traducción libre de: INTERNATIONAL LABOR OFFICE (ILB) (o ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO –OIT- por su nombre en español), "*Stress Prevention at Work Chekcpoints – Practical improvements for stress prevention*", pág. v, consultado en línea el 2 de mayo de 2012 en http://www.ilo.org. En este documento la Organización Internacional del Trabajo hace un recuento de medidas que ayudan a combatir el estrés en diferentes espacios laborales. Este trabajo se pública en el marco de las diferentes actividades desarrolladas por el organismo encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y a la prevención del estrés como principal causante de diversos efectos negativos en quienes lo padecen.

> *Como se observa, el estrés ocasiona serios perjuicios para la salud física y mental del trabajador, además de impedir el desempeño laboral en condiciones dignas y justas. El estrés laboral ha sido desarrollado en multiplicidad de artículos académicos en los cuales se lo ha relacionado con lo que en el área de la medicina se conoce como el "Síndrome de Burnout" o "síndrome del trabajador desgastado". Este fenómeno fue explicado por los psicólogos estadounidenses Herbert Freudenberg y Geraldine Richelson en 1998 en su libro "Burnout: The high cost of high achievement" y consiste principalmente en que quien lo padece presenta síntomas como sentirse permanentemente cansado o que a pesar de cumplir con sus compromisos, su trabajo no es bien reconocido y nunca termina, pierde la capacidad de disfrutar las cosas que le gustan o los incentivos que lo motivaban a trabajar. En su tiempo libre se siente estresado y sufre de complicaciones físicas como insomnio, dolores de cabeza, mareos, dolencias musculares, infecciones, manchas en la piel, trastornos respiratorios, circulatorios y digestivos, etc."* (Subrayas no originales)

Descendiendo al caso en concreto, debe iniciar señalándose que, de conformidad con la historia clínica aportada, la accionante viene presentando padecimientos de salud, entre otros, trastorno de ansiedad y depresión y fibromialgia. En efecto, en el concepto medico emitido el 12 de julio de 2023, se advirtió *"paciente refiere cuadro se desencadenó tras mala relación con superiores, debido a sobrecarga laboral según refiere paciente, paciente manifiesta múltiples crisis de ansiedad, con llanto fácil, temblor fino, disnea, ultima desencadenada tras reintegro laboral, al momento paciente en manejo con psiquiatría (…)"*[12]

En el mismo sentido, se observa que el médico tratante el 19 de junio de 2024, emitió una serie de recomendaciones a efectos de paliar la enfermedad que aqueja a la accionante. En efecto, en el documento obrante en el folio 660 del anexo 02 del expediente electrónico se observa:


Plan de Manejo
ANALGESIA, INYECCION TRANSFORAMINAL DE SUSTANCIA ANALGESICA GUIADO POR IMAGENES , BLOQUEO PERIDULAR SIMPATICO LUMBAR , TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS, PAUSAS ACTIVAS LABORALES CADA 2 HORAS , EVITAR MOVIMIENTOS DE IMPACTO SOBRE LA COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR , ERGONOMIA EN AREA LABORAL , EVITAR SITUACIONES TENSIONANTES, CONSIDERAR TRABAJO EN CASA. VALORCION POR MEDICINA LABORAL.CONSIDERAR REUBICACION
PACIENTE CON CEFALEA SECUNDARIA MUY PROBABLE A MALFORMACION DE CHIARI TIPO1, LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPATIA DISCAL CON SIGNOS DE

De igual manera, la entidad empleadora omitió rendir el informe solicitado por esta judicatura, lo que lleva a inferir con arreglo a lo señalado en el artículo 20 del decreto 2591 de 1991 que son ciertos los hechos expuestos en la acción constitucional, dentro de los cuales, están el quinto. el séptimo, el octavo y el trece, donde se subraya que la accionante es víctima de conductas constitutivas de acoso laboral las cuales han sido aceptadas y propiciadas por Bancamía.

A la par, no se puede pasar por alto que, de acuerdo con los medios de prueba aportados, la accionante realizó una solicitud expresa a su empleador informando que estaba siendo victima de conductas constitutivas de acoso laboral y pidiendo el traslado a otra sede territorial diferente a aquella donde presta sus servicios la cual fue negada.

En virtud de lo anterior, este despacho atendiendo a las pruebas consignadas en el plenario, evidencia a contrario sensu de lo indicado por

[12] Folio 546 anexo 02.

la jueza de primera instancia, que la vulneración a los derechos fundamentales deprecados por la actora es palmaria, por lo que habrá de tutelar sus derechos fundamentales.

Lo anterior, por cuanto si bien se coincide con la *A Quo* en que la jurisprudencia ha sostenido que la acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver asuntos de carácter laboral, también se ha prohijado que; *"sí es procedente cuando se trata de personas que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta* […]*"* y además, se ha advertido que, para proteger el "*derecho a la salud física y mental, y a la vida en condiciones dignas* […] *no debe esperar el juzgador a que la vida esté en inminente peligro para poder acceder al amparo de tutela, sino siempre procurando que la persona pueda actuar normalmente en su entorno social. […] La tutela puede prosperar no sólo cuando se trate de circunstancias que traigan como consecuencia la muerte misma o el menoscabo en alguna función orgánica vital, sino ante situaciones menos graves que puedan llegar a comprometer la calidad de vida de la persona"* [13].

En esos términos, ordenará a Banco De Microfinanzas Bancamía, que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este proveído, de conformidad con lo dispuesto en la ley 1010 de 2006, inicie el trámite correspondiente, a efectos de prevenir, corregir y sancionar las conductas constitutivas de acoso laboral que fueron expuestas por la accionante en la misiva fechada a 18 de septiembre de 2023 (fls. 597 a 603 anexo 02).

De igual manera, se ordenará a Banco De Microfinanzas Bancamía que, en el término de las cuarenta y ocho horas (48) siguientes a la notificación de este proveído, acate las recomendaciones médicas emitidas el 19 de julio de 2024.

Finalmente, en lo atinente a las pretensiones segunda y tercera del libelo introductorio, dado que la notificación del concepto de rehabilitación fue llevada a cabo a Porvenir el pasado 17 de julio de 2024 (fl. 2 Anexo 09), se considera que esa entidad no ha vulnerado ninguno de los derechos deprecados, por lo que simplemente se mantendrá la exhortación realizada por la juez de primera instancia en el sentido de que se realice todas las gestiones administrativas necesarias para proceder de inmediato con el trámite de calificación de invalidez a favor de la señora Anna Cristina Quiroz Rosero.

Con arreglo a lo anterior, resulta procedente revocar parcialmente la decisión que se está revisando.

III. D E C I S I Ó N

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

R E S U E L V E

[13] Sentencia T – 372 de 2012

PRIMERO: REVOCAR la sentencia del 11 de julio del 2024, proferida por el Juzgado Segundo Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Pasto, por las razones vertidas en la parte considerativa de esta providencia. En su lugar, **TUTELAR** el derecho fundamental a la salud de la señora Anna Cristina Quiroz Rosero, identificada con cedula de ciudadanía número 1.085.897.930 expedida en Pasto (N), con fundamento en las razones expuestas en este fallo.

SEGUNDO. - ORDENAR al representante legal del Banco de Microfinanzas Bancamía o a quien haga sus veces que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, de conformidad con lo dispuesto en la ley 1010 de 2006, inicie el trámite correspondiente, a efectos de prevenir, corregir y sancionar las conductas constitutivas de acoso laboral que fueron expuestas por la accionante en la misiva fechada a 18 de septiembre de 2023.

TERCERO. - ORDENAR al representante legal del Banco de Microfinanzas Bancamía o a quien haga sus veces que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia**,** acate las recomendaciones médicas emitidas en favor de la accionante el 19 de junio de 2024.

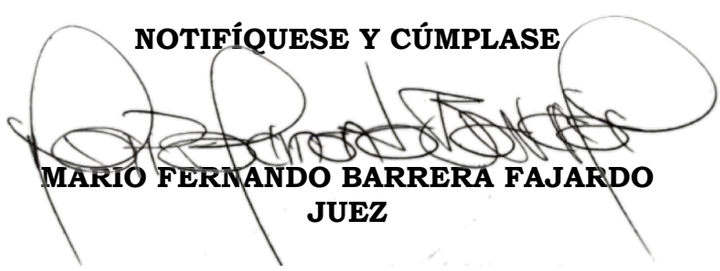
CUARTO. – DECLARAR IMPROCEDENTE la pretensión encaminada al pago de subsidios por incapacidad, con arreglo a lo motivado.

QUINTO. - EXHORTAR al Fondo de Pensiones y Cesantías PORVENIR S.A. realice todas las gestiones administrativas necesarias para proceder de inmediato con el trámite de calificación de invalidez a favor de la señora Anna Cristina Quiroz Rosero.

QUINTO: COMUNICAR por el medio más eficaz a la parte accionante, accionada y vinculada, así mismo infórmese al Juzgado de primera instancia.

SEXTO: REMITIR el expediente ante la H. Corte Constitucional para su eventual revisión dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de la presente providencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



MARIO FERNANDO BARRERA FAJARDO
JUEZ

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

NIT No. 900.587.628-9

DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 30/10/2024
Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)
Nº Dictamen: 10202400767
Tipo de calificación: Calificación de secuelas
Instancia actual: No aplica
Tipo solicitante: Compañía de seguros
Nombre solicitante: SEGUROS DE VIDA ALFA
Identificación: NIT 900069398
Teléfono: 2860555
Ciudad: Bogotá, d.c.
Dirección: CARRERA 7 32 - 33 PISO 2
Correo eletrónico:

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificacion de Invalidez de Nariño
Identificación: 900587628-9
Dirección: CARRERA 33 No. 8 - 111 BARRIO LAS ACACIAS
Teléfono: 3160244503 - 7231970
Correo electrónico: juntaregionalnarino.2018@gmail.com
Ciudad: San juan de pasto - Nariño

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: Anna Cristina Quiroz Rosero
Identificación: CC - 1085897930
Dirección: Calle 20 A Sur 3-12
Ciudad: San juan de pasto - Nariño
Teléfonos: 3103805827
Fecha nacimiento: 19/04/1986
Lugar:
Edad: 38 año(s) 6 mes(es)
Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Correo electrónico: anacris_11@yahoo.es
Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)
EPS: EPS SANITAS
AFP: PORVENIR
ARL:
Compañía de seguros: SEGUROS DE VIDA ALFA

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:
Trabajo/Empleo:
Ocupación:
Código CIUO:
Actividad economica:
Empresa:
Identificación:
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:
Fecha ingreso:
Antigüedad:
Descripción de los cargos desempeñados y duración:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen de información clínica:

Paciente que llega al servicio sin compañía, refiere estado civil Unión libre y escolaridad Universitaria. Refiere que hace 4 años comenzó disminución progresiva de agudeza visual de ambos ojos, hace 3 años comenzó llanto fácil, cefalea, desesperación, parestesias, autoagresión, trastorno del sueño, ansiedad, pánico, depresión, tristeza, aislamiento, anhedonia, ideas de minusvalía, pérdida de memoria, refiere haber estado hospitalizada en Hospital San Rafael en una ocasión y en dos ocasiones en Hospital día. Hace 2 años comenzó dolores generalizados en todo el cuerpo, consulto con Medico del Dolor, quien manifiesta que su dolor es dolor crónico intratable, hace 2 años presente episodios de diarrea y estreñimiento, hace 1 año comenzó dolor dorsolumbar, se acompaña de incapacidad funcional. Recibe tratamiento con paroxetina 40 mg/día, duloxetina, pregabalina 75 mg/día, acetaminofén + codeína 2 tb/día, quetiapina 100 mg/día.

Antecedentes:

Patológicos: ver EA.
Qx: ver EA.
G0: G2P2A0C0V2. FUM: 10/10/2024, no planifica, esposo vasectomía.

Conceptos médicos

Fecha: 22/12/2022 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Paciente femenino de 36 años de edad con atención médica en Hospital San Rafael de Pasto a quien se le indica 7 días de incapacidad hospitalaria por el diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión. DX: Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Episodio depresivo, no especificado.

Fecha: 11/01/2023 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Paciente femenino de 36 años de edad con atención médica en Hospital San Rafael de Pasto a quien se le indica 4 días de incapacidad por el diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión

Fecha: 14/02/2023 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Paciente femenino de 36 años de edad con atención médica en Hospital San Rafael de Pasto a quien se le indica 6 días de incapacidad por el diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión

Fecha: 15/03/2023 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Paciente femenino de 36 años de edad con atención medica en Hospital San Rafael de Pasto a quien se le indica 10 dias de incapacidad por el diagnostico trastorno mixto de ansiedad y depresión obs. paciente de 36 años con trastorno de ansiedad y depresión secundario a desavenencias laborales, adaptada al dispositivo de hospital día, en el momento asiste cumplidamente, se encuentra en vigilancia de respuesta terapéutica, persiste inestable afectivamente.

Fecha: 01/04/2023 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Paciente de 36 años de edad con trastorno de ansiedad y depresión secundario a desencadenantes laborales, adaptada al dispositivo de hospital día, en el momento, cumplidamente se encuentra en vigilancia de respuesta terapéutica. persiste inestable afectivamente se remite a medicina general por polimialgias refiere extender incapacidad.

Fecha: 28/05/2023 **Especialidad:** Concepto de rehabilitación

Resumen:

Dra. Janneth Gutiérrez Baron RM 25412003 Diagnóstico(s) y Fechas: Trastorno mixto de ansiedad y depresión. 22/12/2022--episodio depresivo, no especificado 08/03/2023--fibromialgia 30/06/2023--trastorno de pánico-2023- -trastorno de ansiedad generalizada (2021)--cefalea debida a tensión (2020)--hiperlipidemia mixta (2020)--covid-19, virus identificado (2020)--migraña, no especificada (2020)--Etiología: enfermedad general. Resumen de datos clínicos. 22/12/2022 psiquiatría-paciente femenino de 36 años de edad con atención médica en hospital san rafael de pasto a quien se le indica 7 días de incapacidad hospitalaria por el diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión-11/01/2023- psiquiatría--paciente femenino de 36 años de edad con atención médica en hospital san rafael de pasto a quien se le indica 4 días de incapacidad por el diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión- 14/02/2023-psiquiatría--paciente femenino de 36 años de edad con atención médica en hospital san rafael de pasto a quien se le indica 6 días de incapacidad por el diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión-15/03/2023- psiquiatría-paciente femenino de 36 años de edad con atención medica en hospital san rafael de pasto a quien se le indica 10 dias de incapacidad por el diagnostico trastorno mixto de ansiedad y depresión obs. paciente de 36 años con trastorno de ansiedad y depresión secundario a desavenencias laborales, adaptada al dispositivo de hospital día, en el momento asiste cumplidamente, se encuentra en vigilancia de respuesta terapéutica, persiste inestable afectivamente.-01/04/2023 psiquiatría--paciente de 36 años de edad con trastorno de ansiedad y depresión secundario a desencadenantes laborales, adaptada al dispositivo de hospital día, en el momento, cumplidamente se encuentra en vigilancia de respuesta terapéutica. persiste inestable afectivamente se remite a medicina general por polimialgias refiere extender incapacidad.-04/05/2023 medicina interna--paciente con historia de ansiedad depresión en tto hospital día por psiquiatría, refiere un mes presenta dolo generalizado, lo refiere como dolor muscular cervical dorsal lumbar, brazos, piernas, muslos, dolor tipo mecánico. exacerba dolor con estrés y preocupación. tto actual clonazepam escitalopram difenhidramina análisis y plan de atención paciente con trastorno de ansiedad y depresión, con dolor muscular generalizado asociado a puntos de fibromialgia positivo, sin artritis asociada, se considera que cursa con cuadro compatible con fibromialgia, manejo sintomático y terapia hídrica se explica patologia y plan de tto recomendaciones, cuidados y signos de alarma- Tratamientos, estudios y procedimientos de Rehabilitación realizados consulta de control por psiquiatría--- internación parcial en hospital (hospital dia)-- consulta de primera vez por otras especialidades de psicología - administracion [aplicacion] de prueba neuropsicologica (cualquier tipo) (cada una)-- proteina c reactiva manual o semiautomatizado---hemograma iv (hemoglobina hematocrito recuento de eritrocitos indices eritrocitarios leucograma recuento de plaquetas indices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) automatizado-- internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad alta habitación bipersonal -glucosa pre y post prandial--gonadotropina coriónica subunidad beta semiautomatizado o automatizado--terapia hídrica--(ver anexo resumen datos clínicos). Terapéutica Posible: rehabilitación física--quirúrgico--farmacológico). Estado actual del paciente 30/06/2023 - medicina interna--paciente refiere que termino terapia hidrica, ha presentado mejoria parcial. ha presentado dolor muscular asociado a ansiedad y estrés, dieron de alta de hospital dia, ha presentado ataque de pánico. no trae concepto de psiquiatría. tto actual: escitalopram 10-20. clonazepam gotas 8-4. tizanidina, difenhidramina análisis y plan de atención paciente con fibromialgia asociado a trastorno de ansiedad y depresión, terminó terapia física hídrica con mejoría parcial, se indica mantener con este manejo. se explica que la mejoria de la fibromialgia será relacionado con el adecuado control de los factores desencadenantes en esta caso de la parte emocional y psiquiátrica se reitera, que paciente no es portadora de patología. Descripción de secuelas anatómicas y/o funcionales: mental-físico. Pronóstico: Bueno. Posibilidad de Recuperación: con posibilidad de recuperación. Pronóstico a corto plazo FAVORABLE. Pronóstico a mediano plazo: FAVORABLE

Fecha: 30/06/2023 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (2021), cefalea debida a tensión (2020)

Fecha: 15/01/2024 **Especialidad:** Medicina del dolor

Resumen:

Dr. José Álvarez Reyes 521546 Motivo de Consulta: dolor en todo el cuerpo. Enfermedad Actual: paciente con antecedente de ansiedad y depresión en manejo por psiquiatría y psicología. desde hace unos meses dolor generalizado en todo el cuerpo, grupos musculares del cuello, extremidades y dorso.. Se Informa sobre la importancia de acudir a la consulta reconcepcional? Rescisión por sistemas: marcha punta talón sin alteraciones, lasegue negativo: puntos dolorosos de leve intensidad en zona dorsal, extremidades, tórax anterior, no compromiso a la dorsiflexion lumbar. Antecedentes 03/01/2023 Médicos ansiedad y depresión. quirúrgicos: niega alérgicos: niega. farmacológicos: escitalopram 10mg a las bam, difenhidramina 50 mg vo cada 24 horas, escitalopram 20 mg dia - clonazepam 3 gotas al dia: paroxetina 20 mg media tabletä en las noches fibromialgia. - trastorno de ansiedad y depresión, colon irritable. Diagnóstico R521 Dolor crónico intratable. Plan de manejo: analgesia, terapia modalidades físicas e hidráulicas. moduladores, cuadro clínico sugestivo de fibromialgia. paciente con gran carga de ansiedad y depresión. Al parecer el cuadro clínico tiene bases emocionales importantes relacionadas con su vínculo laboral. Paraclínicos: Rx lumbar: signos indirectos de discopatía lumbar con signos de anterolistesis de L4-L5.

Fecha: 17/01/2024 **Especialidad:** Fisiatría

Resumen:

Dra. Melissa Juliana Mena Rosales RM 522462 Paciente asiste a consulta de control refiere cuadro clínico de lumbociatalgia, dorsalgia, cervicalgia, miembros superiores, y miembros inferiores, manifiesta que le realizaron diagnostico de fibromialgia niega traumatismos golpes contusiones. Persiste con dolor en region dorsolumbar, parestesias en miembro superior izquierdo y miembro inferior izquierdo.. poca mejoria con terapias físicas. mayor mejoria con hidroterapias sin embargo es transitoria manejo analgesico: duloxetina 30 mg diaria, lisina + ciclobenzaprina cada 12 horas, por psiquiatría: paroxetina. Examen físico: extremidades sup: arcos de movilidad conservados no se evidencia signos de sinovitis ni entesis, adecuado trofismo muscular, dolor a la palpación superficial en brazos y antebrazos. extremidades inf arcos de movilidad conservados no se evidencia signos de sinovitis ni entesitis, adecuado trofismo muscular, dolor a la palpación superficial en glúteos, muslos y pantorrillas. espalda: dolor a la palpación superficial en región cervical, dorsal y lumbar, conserva alienación. piel: normal. endocrino: normal sistema nervioso: fuerza 4+15 generalizada, rmt ++/++ sensibilidad conservada, marcha independiente, realiza puntas y talones.. Evaluación paraclínicos: trae edx del 17 de octubre del 2023 estudio normal. sin evidencia electrofisiológica de neuropatía, polineuropatía, de radiculopatía cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrínseca de la fibra muscular. Trae radiografía de columna torácica del 3 de octubre del 2023 con actitud escoliótica dorsal derecha, radiografía columna lumbosacra con anterolistesis grado I en el nivel L4-L5 sin observar lisis, radiografía de columna cervical normal. Diagnósticos: M791-Mialgia. M531 Síndrome cervicobraquial. M544 - Lumbago con ciática. R522 - Otro dolor cronico Fibromialgia Paciente con cuadro de dolor crónico con sensibilización central, parestesias en miembros superiores y miembros inferiores, manifiesta mayor dolor en región lumbar irradiado a miembros inferiores de predominio izquierdo. Al examen físico con arcos de movilidad conservados, adecuado trofismo muscular, no evidencio inestabilidades articulares ni signos inflamatorios. lo cual está a favor de fibromialgia además por alteraciones en estado de ánimo, alteraciones en la memoria, trastorno del sueño, niega traumatismos y golpes contusiones. Antecedente importante de trastorno de ansiedad y depresión en seguimiento por psiquiatría, reporte de radiografía de columna cervical normal, dorsal con actitud escoliótica, y lumbar con anterolistesis L4 sobre L5, por lo que considero necesario solicitar resonancia de columna lumbosacra, estudio electrodiagnóstico de cuatro extremidades sin evidencia electrofisiológica de neuropatía o radiculopatía. Continuar manejo por hidroterapia ya que es la modalidad terapéutica con la que mejor control del dolor refiere la paciente, cuenta con órdenes por parte de medicina del dolor. Ajusto neuromodulador, relajante muscular ya cuenta con formula por parte de medicina del dolor. Doy recomendaciones sobre realizar actividad física regular para favorecer condiciones mioarticulares se dan recomendaciones funcionales las cuales son para actividades de la vida diaria, se sugiere pasar por evaluación de seguridad y salud en el trabajo de su empresa para una evaluación formal y emisión de recomendaciones laborales ajustadas a su trabajo.

Fecha: 15/03/2024 **Especialidad:** Neurocirugía

Resumen:

Dra. Catalina Sánchez Delgado RM 522061 Motivo de Consulta: Tengo fibromialgias. Enfermedad Actual. Paciente con antecedente de fibromialgia, ansiedad y depresión. Consulta con cuadro de 8 meses de evolución consistente en lumbociatalgia izquierda, con parestesias en miembro inferior por lo que es remitida a ésta especialidad. Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?. Antecedentes 03/01/2023 Médicos ansiedad y depresión. quirúrgicos: niega. alérgicos: niega. farmacológicos: escitalopram 10mg a las bam, difenhidramina 50 mg vo cada 24 horas, escitalopram 20 mg dia - clonazepam 3 gotas al dia: paroxetina 20 mg media tabletä en las noches fibromialgia. - trastorno de ansiedad y depresión, colon irritable. Sistema Nervioso: Anormal. Lumbocruralgia izquierda, impotencia funcional, no deficitaria, parestesias territorio no definido de miembro inferior izquierdo. Diagnóstico: M544 lumbago con ciática. Plan de Manejo: Bloqueo radicular. Paciente con lumbocruralgia con discopatía lumbar L4-L5, sin compromiso radicular evidente en EMG, candidata para manejo del dolor con bloqueo radicular selectivo. Paraclínicos RM de columna lumbosacra con evidencia de protrusión posterocentral de tamaño importante con extensión a receso foraminal izquierdo, cambios modic. Canal libre. EMG negativo para neuropatía, negativo para radiculopatía

Fecha: 27/04/2024 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

Dra. Diana Carolina Quiñones RM 32908499 Paciente femenina de 38 años diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión, fibromialgia y ciatalgia en seguimiento con fisiatria, estresores a nivel laboral de larga data. Tratamiento actual: paroxetina 20 mg 1 tableta y media 1-0-0, duloxetina 20 mg 0-0-1, donixinato de lisina 125 mg 1-0-1, difenhidramina 50 mg 0-0-2, pregabalina 75 mg 0-0-1. Antecedentes de internación en la institución en diciembre 2023. secundario según paciente por estrés y problemas laborales en Popayán que persisten, con ansiedad reactiva. en proceso legal. persiste dificultad para conciliar el sueño con despertares frecuentes. con rumiaciones de tipo ansioso. Objetivo: se valora a paciente en consultorio de la unidad durante la entrevista presenta actitud activa, colaboradora, de interés, estado de conciencia alerta, con respuesta adecuada al ambiente orientada autopsiquica y alopsiquicamente, mantiene estado euproséxico, no se evidencia alteraciones sensoperceptivas ni fallas mnésicas, pensamiento de ritmo eupsiquico, sin alteraciones en la fluidez ni en la cohesión, lógico, de adecuado capital ideativo y nivel de abstracción, sin ideación obsesiva ni delirante impresiona clínicamente inteligencia promedio, introspección positiva, con conciencia de situación y enfermedad, juicio conservado, afecto modulado de fondo triste , intervenciones realizadas en el período medicina general, terapia ocupacional, enfermería, nutrición, psiquiatría, pastoral de la salud, psicología. Complicaciones presentadas en el período ninguna. Manejo farmacológico actual: paroxetina 20 mg 1 tableta y media 1-0-0, duloxetina 20 mg 0-0-1, donixinato de lisina 125 mg 1-0-, .difenhidramina 50 mg 0-0-2 continuar en hospital de dia, seguimiento multidisciplinario. Justificación de la estancia. Paciente femenina a de 37 años con historia y diagnósticos anotados con estresores de larga

data que persisten y posiblemente perpetúa dinámica actual, por el momento se refuerza higiene higiene del sueño a la espera de mejorar ciclo circadiano. refuerzo en gestión emocional y de estresores. en el momento sin equivalentes suicidas en el momento, Refuerzo introspección, refuerzo de mecanismos para la regulación emocional, psicoeducación destinada a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida afectadas por ella se explica sobre la naturaleza de la enfermedad; manifestaciones clínicas; importancia de factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación; tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas); tratamiento psicosocial (Importancia, beneficios y alternativas). se continua en hospital de día para vigilancia clínica e intervención multidisciplinaria, se ajusta dosis de pregabalina como hipnótico. Diagnósticos código CIE10: F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión. M255 Dolor en articulación.

Fecha: 12/06/2024 **Especialidad:** Neurología

Resumen:

Jose Antonio Zambrano Arteaga - Neurólogo clínico. Concepto médico: Paciente con diagnóstico de cervicalgia más trastorno cognitivo leve insomnio cefalea primaria mixta tensional y migrañosa más trastorno de ansiedad y depresión más comorbilidades lo cual compromete y limita las actividades motrices e instrumentales y de las actividades de la vida diaria.

Fecha: 15/06/2024 **Especialidad:** Oftalmología

Resumen:

Clínica Oftalmológica Unigarro. Agudeza visual con corrección: OD:20/80, OI:20/100. Evaluación paraclínicos: campo visual 30 - 2 de ambos ojos muestra: pérdida del 95% del campo visual de ambos ojos. DX principal: Defectos del campo visual. Diagnósticos Relacionados: Astigmatismo. Hipermetropía. Diagnóstico clínico: Defecto campimetrico de origen central ambos ojos, excavaciones sospechosas ambos ojos, astigmatismo hipermetropico ambos ojos.

Fecha: 28/06/2024 **Especialidad:** Medicina Laboral

Resumen:

Dra. Lucy Rubiela Benavides Tello Resolucion S.O 4595 Enfermedad Actual: Femenina de 38 años de edad, acude en compañía de su esposo, con antecedente patología de origen común, con pronóstico de rehabilitación desfavorable por hipermetropía, astigmatismo, defecto campimetrico en estudio. Al momento de la valoración refiere cefalea intensa, asociada vértigo y sensación de oído tapado. Además de cervicalgìa, dorso lumbalgia irradiada a miembro inferior izquierdo. Se siente deprimida, ansiosa con insomnio e hiporexia. Refiere ultima valoración por fisiatría 18/06/2024 y RMN de columna lumbosacra del 27/01/2024 (documentación según refieren no ha sido anexada) Antecedentes Personales y/o Familiares: Patológicos: Trastorno mixto de ansiedad y depresión, lumbago con ciática, hernia L4-L5 (Le realizaron bloqueo por anestesiología) Quirúrgicos: Niega Alérgicos: Niega. Tóxicos: Niega. Traumáticos: Niega. Antecedentes Laborales: Hace 10 años 8 meses labora como ejecutivo de desarrollo productivo en Bancamia, actualmente en incapacidad. Valoraciones: Examen Físico: Examen Físico: Dominancia derecha Talla 164 Peso 67.3 TA 120/80 FC 80 FR 20. AVL OD Visión cuenta dedos a 2 mts OI Visión cuenta dedos a 2 mts, Oídos entiende y escucha. Marcha normal; ruidos cardiacos rítmicos, bien timbrados, sin soplos; auscultación pulmonar ruidos respiratorios normales sin agregados; abdomen blando depresible doloroso en epigastrio; extremidades superiores simétricas, eutróficas, tono normal, limitación amas de hombros, dolor; extremidades inferiores simétricas, eutróficas tono normal ; columna amas limitados, dolor, puntos gatillo en región escapular bilateral y región paravertebral de columna cervical a lumbar, lasegue negativo. Examen mental: alerta, orientada en las 3 esferas, cuidada en su higiene y presentación personal, pensamiento de curso normal, con ideas de minusvalía y frustración, no verbaliza delirios, sin alteración en la sensopercepción, afecto de fondo triste, memoria conservada, inteligencia promedio normal, insomnio, hiporexia. Diagnósticos Hipermetropía Astigmatismo Defecto campimetrico en estudio.

Pruebas especificas

Fecha: 17/10/2023 **Nombre de la prueba:** Electromiografía de las 4 extremidades

Resumen:

Dra. Melissa Juliana Mena Rosales RM 522462 Hallazgos: 1. Los estudios de neuroconducciones motoras de los nervios peroneo, tibial, mediano y ulnar bilateral: Se encontraron respuestas con valores normales de las latencias, de las velocidades de conducción y de las amplitudes de los potenciales PAMC. 2. Neuroconducciones sensitivas de los nervios sural, mediano y ulnar bilateral: Respuestas con valores normales de las latencias, las velocidades de conducción y de las amplitudes de los potenciales PANS. 3. Respuestas tardías: Reflejo H normales de manera bilateral. Onda F del nervio ulnar y tibial bilateral normales. 4. En la electromiografía de aguja de los músculos evaluados se encontró: Actividad de inserción normal. hay signos de inestabilidad de membrana al reposo. A la actividad voluntaria con

unidades motoras y reclutamiento normales. Patrón de interferencia normal. Conclusiones: estudio normal. sin evidencia electrofisiológica de neuropatía, polineuropatía, de radiculopatía cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrínseca de la fibra muscular

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciónes del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 21/10/2024 **Especialidad:** Medicina Laboral / Fisioterapia

Paciente que llega al servicio sin compañía, refiere estado civil Unión libre y escolaridad Universitaria. Paciente orientada en sus 3 esferas, llega al servicio por sus propios medios, se desempeñaba como asesora en un Banco, actualmente no labora, escoliosis compensada izquierda, dorsal con hombro izquierdo totalmente descendido, abdomen prominente con tendencia al aumento de la cifosis cervical, rodillas con tendencia a la hiperextensión, genus valgo bilateral, lasegue negativo bilateral, no edemas en miembros inferiores, 70° de flexión, 45° de hiperextensión, arcos de movimiento completos, espasmo paravertebral lumbar a la palpación severo, equilibrio sin alteraciones, marcha en todas sus fases y sensibilidad superficial sin alteraciones en miembros inferiores.

OJOS: Agudeza visual con corrección OD: 20/50, OI: 20/80.
OTR: Mucosas húmedas.
CARDIOPULMORAR: MV normal, tonos cardíacos rítmicos no soplos.
ABDOMEN: Blando depresible, no doloroso, no megalias.
EXTREMIDADES: Escoliosis compensada izquierda, dorsal con hombro izquierdo totalmente descendido
OSTEOMUSCULAR: Espasmo paravertebral lumbar a la palpación severo.
EXAMEN MENTAL: Llanto fácil, cefalea, desesperación, parestesias, autoagresión, trastorno del sueño, ansiedad, pánico, depresión, tristeza, aislamiento, anhedonia, ideas de minusvalía, pérdida de memoria.

Fundamentos de derecho:
El contexto legal para la calificación de pérdida de capacidad laboral y origen lo enmarcan: Decreto 1507 de 2014, expide el Manual único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1352 de 2013 compilado en el Decreto 1072 de 2015, Decreto único reglamentario del Sector Trabajo. Ley 1562 de 2012, Decreto 1477 de 2014. Resolución 2050 del 2022 emitida por el Ministerio de Trabajo.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
R521	Dolor crónico intratable	Dolor crónico intratable.		Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	Trastorno mixto de ansiedad y depresión, según historia clínica de psiquiatría.	22/12/2022	Enfermedad común
M797	Fibromialgia	Fibromialgia, según historia clínica de medicina interna.	04/05/2023	Enfermedad común
M549	Dorsalgia, no especificada	Dorsalgia, según Rx de columna torácica, 03 /10/2023, con actitud escoliotica dorsal derecha.	03/10/2023	Enfermedad común
M545	Lumbago no especificado	Lumbago, según Rx de columna lumbosacra, 03/10/2023, que reporta anterolistesis grado I en el nivel de L4-L5, discopatía lumbar L4-L5.	03/10/2023	Enfermedad común
Q070	Síndrome de arnold-chiari	Síndrome de arnold-chiari tipo I según RM cerebral escasas hiperintensidades subcentricas en T2/ NO CONFLUENTES	02/04/2024	Enfermedad común

		DISPERSAS EN LA SUSTENCIA BLANCA SUPRATENTORIAL SUBCORTICAL Y PROFUNDA.		
H534	Defectos del campo visual	Defectos del campo visual según historia clínica de la Clínica Oftalmológica Unigarro y campimetria de ambos ojos del 15/06/2024	15/06/2024	Enfermedad común
R51X	Cefalea	Cefalea, según historia clínica de neurología.	13/08/2024	Enfermedad común
F067	Trastorno cognoscitivo leve	Trastorno cognoscitivo leve, según historia clínica de neurología y evaluación neuropsicológica de 02/05/2024, trastorno neurocognitivo multidominio que compromete memoria y funciones cognitivas.	13/08/2024	Enfermedad común
H522	Astigmatismo	Astigmatismo - Hipermetropía según visiometría de 21/10/2024	21/10/2024	Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Defiencia por sistema visual	11	NA	NA	NA	NA	NA	85,13%		85,13%
							Valor combinado		**85,13%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia	12	12.1	1	NA	NA	NA	25,00%		25,00%
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	2	NA	NA	NA	15,00%		15,00%
Deficiencia por cefaleas - migraña	12	12.6	2	NA	NA	NA	3,00%		3,00%
							Valor combinado		**38,16%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia po trastornos de ansiedad (Eje I)	13	13.3	1	NA	NA	NA	20,00%		20,00%
							Valor combinado		**20,00%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular	14	14.15	2		NA	NA	24,00%		24,00%
							Valor combinado		**24,00%**

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 11. Deficiencias por alteraciones del sistema visual.	85,13%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	38,16%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	20,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	24,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar **94,41%**

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar. $\frac{A + (100 - A) * B}{100}$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 **47,21%**

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	15
Restricciones autosuficiencia económica	1
Restricciones en función de la edad cronológica	1
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	**17,00%**

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A	0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B	0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C	0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D	0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E	0,4	Dificultad completa, dependencia completa.			

d1	**1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento**	**1.1**	**1.2**	**1.3**	**1.4**	**1.5**	**1.6**	**1.7**	**1.8**	**1.9**	**1.10**	**Total**
		d110	**d115**	**d140-d145**	**d150**	**d163**	**d166**	**d170**	**d172**	**d175-d177**	**d1751**	
		0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	1
d3	**2. Comunicación**	**2.1**	**2.2**	**2.3**	**2.4**	**2.5**	**2.6**	**2.7**	**2.8**	**2.9**	**2.10**	**Total**
		d310	**d315**	**d320**	**d325**	**d330**	**d335**	**d345**	**d350**	**d355**	**d360**	
		0	0.1	0	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.6
d4	**3. Movilidad**	**3.1**	**3.2**	**3.3**	**3.4**	**3.5**	**3.6**	**3.7**	**3.8**	**3.9**	**3.10**	**Total**
		d410	**d415**	**d430**	**d440**	**d445**	**d455**	**d460**	**d465**	**d470**	**d475**	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0.2
d5	**4. Autocuidado personal**	**4.1**	**4.2**	**4.3**	**4.4**	**4.5**	**4.6**	**4.7**	**4.8**	**4.9**	**4.10**	**Total**
		d510	**d520**	**d530**	**d540**	**d5401**	**d5402**	**d550**	**d560**	**d570**	**d5701**	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0	0.2
d6	**5. Vida doméstica**	**5.1**	**5.2**	**5.3**	**5.4**	**5.5**	**5.6**	**5.7**	**5.8**	**5.9**	**5.10**	**Total**
		d610	**d620**	**d6200**	**d630**	**d640**	**d6402**	**d650**	**d660**	**d6504**	**d6506**	
		0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0	0	0.8

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)	**2.8**
Valor final título II	**19,80%**

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	47,21%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	19,80%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	**67,01%**

Origen: Enfermedad **Riesgo:** Común **Fecha de estructuración:** 15/06/2024

Fecha declaratoria: 30/10/2024

Sustentanción fecha estructuración y otras observaciones:
Fecha de estructuración 15/06/2024 según historia clínica de Clínica Oftalmológica Unigarro, las demás patologías calificadas se encuentran soportadas en la historia clínica aportada.

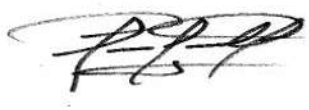
Nivel de perdida: Invalidez **Muerte:** No **Fecha de defuncíon:**

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No **Ayuda de terceros para toma de decisiones:** No **Requiere de dispositivos de apoyo:** Si

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No **Enfermedad degenerativa:** No **Enfermedad progresiva:** Si

Calificación integral: No aplica **Decisión frente a JRCI:** No aplica

8. Grupo calificador



SEGUNDO ARTURO MORAN MONTEZUMA

Médico ponente
Médico laboral
RM 3255-88 - Lic. SO 553 09/02/2023

ALEXANDER VARGAS TORRES
FISIOTERAPEUTA
Lic. SO y Ergonomia Res. 538 09/02
/2023

JAIRO HUMBERTO PANTOJA
PATIÑO
Medico Laboral
R.M. 521433 - Lic. S.O. 2543-15

ESPACIO
EN BLANCO

ESPACIO
EN BLANCO

ESPACIO
EN BLANCO

ESPACIO
EN BLANCO

ESPACIO
EN BLANCO

CERT-ATH-4593-24

Bancamía

EL SUSCRITO GERENTE DE COMPENSACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL

CERTIFICA

Que la señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.085.897.930,** labora con el Banco de las Microfinanzas **BANCAMÍA S.A.** N.I.T. 900.215.071-1, desde el **16 de septiembre de 2013**, desempeñando el cargo de **Ejecutivo de Desarrollo Productivo** con contrato de trabajo a término **indefinido** y un salario básico mensual por $**3.388.970.**

La presente certificación se dirige a otros en Bogotá D.C., el **15 de Abril del 2024.**

Cordialmente,

MARIA YOHANA LUNA MORA
GERENTE DE COMPENSACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL

Para confirmar por favor comunicarse con el Sistema de Atención al Empleado S.A.E
Tel: 3218021803 - 3103216259 - 3218021785
Horario de confirmación, Lunes a Viernes de 8:00am a 5:30pm.

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A
Nit: 900.215.071-1
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 01798259
Fecha de matrícula: 29 de abril de 2008
Último año renovado: 2024
Fecha de renovación: 1 de abril de 2024
Grupo NIIF: Grupo I. NIIF Plenas.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 9 No. 66 - 25
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: impuestos@bancamia.com.co
Teléfono comercial 1: 3139300
Teléfono comercial 2: 3212079118
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 9 No. 66 - 25
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacionesjud@bancamia.com.co
Teléfono para notificación 1: 3139300
Teléfono para notificación 2: 3212079118
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Pulentes Trujillo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Agencia: Bogotá (27), Zipaquirá (1), Chía (1), Soacha (2), San Bernardo (1).

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 2099.

OBJETO SOCIAL

El Banco tendrá por objeto principal la prestación de los servicios de micro finanzas, mediante la ejecución de todas las operaciones, actos y contratos propios de los establecimientos bancarios, dentro de los lineamientos establecidos por la regulación y la ley.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $195.000.000.000,00
No. de acciones : 195.000.000.000,00
Valor nominal : $1,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $186.042.481.660,00
No. de acciones : 186.042.481.660,00
Valor nominal : $1,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $186.042.481.660,00
No. de acciones : 186.042.481.660,00
Valor nominal : $1,00

NOMBRAMIENTOS

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 032 del 30 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de junio de 2021 con el No. 02713075 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Javier Manuel Flores Moreno	P.P. No. PAK659436
Segundo Renglon	Victoria Lucia Del Perpetuo Socorro Navarro	C.C. No. 42892699
Tercer Renglon	Maria Margarita Helena Correa Henao	C.C. No. 32539662
Cuarto Renglon	Pedro Luis Saiz Ruiz	P.P. No. PAK888047
Quinto Renglon	Catalina Martinez De Rozo	C.C. No. 35457781
Sexto Renglon	Ignacio Rojas-Marcos Castello	P.P. No. PAK027945
Septimo Renglon	Jorge Waldemar Cruz Diaz	P.P. No. P18666468

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 033 del 31 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de julio de 2022 con el No. 02857689 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Revisor Fiscal Persona Juridica | ERNST & YOUNG AUDIT S.A.S | N.I.T. No. 860008890 5

Por Documento Privado No. 6185-22 del 5 de julio de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de julio de 2022 con el No. 02857720 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Caterine Andrea Palmar Gutierrez	C.C. No. 1016036239 T.P. No. 189020-T
Revisor Fiscal Suplente	Andres Sebastian Nova Villate	C.C. No. 1013645852 T.P. No. 233115-T

PODERES

Por Escritura Pública No. 2077 de la Notaría 6 de Bogotá D.C., del 12 de junio de 2013, inscrita el 19 de junio de 2013 bajo el No. 00025502 del libro V, compareció Luis German Linares Peña identificado con cédula de ciudadanía No. 79.329.649 de en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Johana Bermúdez Cárdenas, identificada con cédula ciudadanía No. 52.417.697 de Bogotá D.C., para que realice todas las actividades tendientes al cumplimiento tanto a nivel nacional como a nivel local de las obligaciones tributarias de esta entidad, incluyendo, pero sin limitarse, a la realización de las siguientes actividades: 1) Firma de las declaraciones y formularios de impuestos nacionales, municipales, distritales y/o departamentales; 2) Suscripción o firma de solicitudes de información ante las autoridades tributarias; 3) Realización de todos los trámites necesarios para la inscripción de oficinas de BANCAMIA ante las secretarias de hacienda; y 4) Realización de todos los trámites necesarios para el registro y renovación de las oficinas de BANCAMIA ante la Cámara de Comercio: Dar repuesta a los diferentes requerimientos o actos administrativos que le sean notificados a BANCAMIA en materia fiscal. Segundo: La apoderada queda facultada para realizar todos los actos, trámites y gestiones que se requieran para el fiel cumplimiento de este mandato. Tercero: El presente poder tendrá vigencia a partir de su otorgamiento y hasta que sea revocado.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Sin perjuicio de lo anterior, el mandato terminara automáticamente cuando la mandataria deje de ser empleada de BANCAMIA y por cualquier otra causa legal. Cuarto: Este poder no podrá ser sustituido.

Por Escritura Pública No. 1112 del 23 de junio de 2023, otorgada en la Notaría 37 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 12 de Julio de 2023, con el No. 00050361 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Antonio Orlando Delgado Soto, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.755.218,quien actualmente ejerce el cargo de Vicepresidente de Red en el Banco, para que en nombre y representación de Bancamía S.A. suscriba las escrituras públicas de constitución y levantamiento de hipotecas otorgadas por clientes a favor de la entidad, sin límite de cuantía y fijando todas las condiciones que considere, así como las escrituras públicas de aclaración o de adición que sean necesarias respecto de las mismas. Segundo: Que el apoderado queda facultado para realizar todos los actos, trámites y gestiones que se requieran para el cumplimiento de su mandato. Tercero: Que el presente poder estará vigente desde su otorgamiento y hasta que sea revocado. Sin perjuicio de lo anterior, el mandato terminará automáticamente cuando el mandatario deje de ser empleado de Bancamía S.A. y por cualquier otra causal legal. Cuarto: Este poder no podrá ser sustituido.

Por Escritura Pública No. 1208 del 04 de octubre de 2023, otorgada en la Notaría 6 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de Octubre de 2023, con el No. 00051076 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Diana Paola Cortés Díaz, identificada con la C.C. No. 1.014.187.216, quien actualmente ejerce el cargo de Gerente de Contabilidad e Impuestos en el Banco, para que en nombre y representación de Bancamía S.A. realice todas las actividades tendientes al cumplimiento, tanto a nivel nacional como a nivel local, de las obligaciones tributarias de esta entidad, incluyendo, pero sin limitarse, la realización de las siguientes actividades: a) Firma de las declaraciones y formularios de impuestos nacionales, municipales, distritales y/o departamentales; b) Suscripción o firma de solicitudes de información ante las autoridades tributarias; c) Realización de todos los trámites necesarios para la inscripción de oficinas de Bancamía ante las Secretarías de Hacienda; d) Realización de todos los trámites necesarios para el registro de las oficinas de Bancamía ante la Cámara de Comercio y su renovación; e) Dar respuesta a los diferentes requerimientos o actos administrativos que sean notificados a

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Bancamía en materia fiscal. Segundo: Que la apoderada queda facultada para realizar todos los actos, trámites y gestiones que se requieran para el cumplimiento de su mandato. Tercero: Que el presente poder estará vigente desde su otorgamiento y hasta que sea revocado, sin perjuicio de la anterior, el mandato terminará automáticamente cuando la mandataria deje de ser empleada de Bancamía y por cualquier otra causa legal. Cuarto: Este poder no podrá ser sustituido.

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 2696 del 29 de diciembre de 2008 de la Notaría 69 de Bogotá D.C.	01268571 del 16 de enero de 2009 del Libro IX
E. P. No. 01769 del 22 de abril de 2009 de la Notaría 48 de Bogotá D.C.	01293310 del 29 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 1468 del 22 de abril de 2010 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	01380864 del 5 de mayo de 2010 del Libro IX
E. P. No. 1913 del 11 de junio de 2010 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	01401912 del 29 de julio de 2010 del Libro IX
E. P. No. 0398 del 17 de febrero de 2011 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	01472564 del 20 de abril de 2011 del Libro IX
E. P. No. 1261 del 29 de abril de 2011 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	01501319 del 4 de agosto de 2011 del Libro IX
E. P. No. 1899 del 10 de junio de 2014 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	01848097 del 27 de junio de 2014 del Libro IX
E. P. No. 1173 del 18 de abril de 2016 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	02098874 del 29 de abril de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1045 del 20 de abril de 2017 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	02222732 del 10 de mayo de 2017 del Libro IX
E. P. No. 1404 del 31 de mayo de	02346693 del 6 de junio de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

2018 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	2018 del Libro IX
E. P. No. 0800 del 25 de abril de 2019 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	02463378 del 8 de mayo de 2019 del Libro IX
E. P. No. 583 del 6 de mayo de 2021 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	02709078 del 26 de mayo de 2021 del Libro IX

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Por Documento Privado del 23 de diciembre de 2008 de Representante Legal, inscrito el 16 de febrero de 2009 bajo el número 01275700 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- FUNDACION BBVA PARA LAS MICROFINANZAS
Domicilio: (Fuera Del País)
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

CERTIFICAS ESPECIALES

Por contrato de representación legal de tenedores de bonos suscrito el 15 de marzo de 2021, entre las sociedades BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S.A. y FIDUCIARIA CENTRAL S.A., inscrito el 5 de Mayo de 2021, bajo el No. 02702345 del libro IX, fue nombrada representante legal de los tenedores de bonos ordinarios en una o varias emisiones hasta de Cuatro cientos mil millones de pesos ($400.000.000.000) a la sociedad FIDUCIARIA CENTRAL S.A.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6412

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_BARRANCAS
Matrícula No.:	01858177
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Calle 162 # 7 F 37
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_BOSA
Matrícula No.:	01858178
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2023
Categoría:	Agencia
Dirección:	Tv 78 L # 69 C 02 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A__BOSA LIBERTAD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Matrícula No.:	01858179
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 88 C # 56 F - 36 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S.A AV CARACAS
Matrícula No.:	01858181
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 9 # 66-25
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_ENGATIVA
Matrícula No.:	01858182
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Carrera 113B # 63I- 39
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_FONTIBON
Matrícula No.:	01858183
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 17 # 100 16
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_KENNEDY
Matrícula No.:	01858184
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Calle 36 Sur No. 78A - 28
Municipio:	Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A LA VICTORIA
Matrícula No.:	01858185
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Calle 39 A Sur 5 08 Este
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A MOLINOS
Matrícula No.:	01858186
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 50 A Sur # 7 - 21
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_PATIO BONITO
Matrícula No.:	01858187
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 86 # 36 - 16 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A PRIMERA DE MAYO
Matrícula No.:	01858188
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Transversal 78 H N 44A - 5 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_QUIRIGUA
Matrícula No.:	01858189
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Categoría: Agencia
Dirección: Av Cll 80 No. 82 A 10
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_RESTREPO
Matrícula No.: 01858190
Fecha de matrícula: 24 de diciembre de 2008
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Av Primera De Mayo 16 50 Sur
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A SAN FERNANDO
Matrícula No.: 01858191
Fecha de matrícula: 24 de diciembre de 2008
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Av Cl 68 # 60 08
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_SAN FRANCISCO
Matrícula No.: 01858192
Fecha de matrícula: 24 de diciembre de 2008
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 19D 61B 40 Sur
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A__SANTA HELENITA
Matrícula No.: 01858193
Fecha de matrícula: 24 de diciembre de 2008
Último año renovado: 2024
Categoría: Agencia
Dirección: Clle 72 A 86 -49 Local 28
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_SUBA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Matrícula No.:	01858194
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 139 # 112 B 27
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_SUBA RINCON
Matrícula No.:	01858195
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 93 # 129 C - 61
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A EL TEJAR
Matrícula No.:	01858196
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 27 Sur # 52 A 09
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A_TOBERIN
Matrícula No.:	01858197
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cll 166 # 19 B - 70
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A VENECIA
Matrícula No.:	01858198
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Tv 44 # 50 B 14 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A__YOMASA
Matrícula No.:	01858199
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 1 # 73 D 83 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A CHIA
Matrícula No.:	01858200
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Calle 10 N 9 - 13
Municipio:	Chía (Cundinamarca)

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A ZIPAQUIRA
Matrícula No.:	01858202
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 4 A # 13-03 Local 1A
Municipio:	Zipaquirá (Cundinamarca)

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A FUSAGASUGA
Matrícula No.:	01858203
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cra 6 # 5 - 54 Lc 01 Y 02
Municipio:	Fusagasugá (Cundinamarca)

Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A SOACHA
Matrícula No.:	01858316
Fecha de matrícula:	29 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Categoría:	Agencia
Dirección:	Autopista Sur Cr 4 # 15 - 34
Municipio:	Soacha (Cundinamarca)
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A UBATE
Matrícula No.:	01858318
Fecha de matrícula:	29 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 8N # 7 -56
Municipio:	Ubaté (Cundinamarca)
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A PRINCIPAL
Matrícula No.:	01890358
Fecha de matrícula:	23 de abril de 2009
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 9 # 66-25
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA SA CENTRO
Matrícula No.:	01890367
Fecha de matrícula:	23 de abril de 2009
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cra 5 16 46
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A GALAN
Matrícula No.:	01890380
Fecha de matrícula:	23 de abril de 2009
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 56 # 4 A - 39
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A CENTRO SUBA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Matrícula No.:	01890382
Fecha de matrícula:	23 de abril de 2009
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Avenida Calle Suba 145 # 89 22
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A PERDOMO
Matrícula No.:	01890881
Fecha de matrícula:	24 de abril de 2009
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cll 63 Sur # 70 B - 58
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A LA CALERA
Matrícula No.:	02142729
Fecha de matrícula:	20 de septiembre de 2011
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Av 2 N° 5 - 45 Av Principal
Municipio:	La Calera (Cundinamarca)
Nombre:	BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A SAN BERNARDO
Matrícula No.:	02320643
Fecha de matrícula:	10 de mayo de 2013
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cll 5 # 4 - 25 / 27
Municipio:	San Bernardo (Cundinamarca)

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 854.025.103.998
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6412

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 19 de mayo de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 21 de marzo de 2024. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 16:48:21
Recibo No. AA24736638
Valor: $ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A247366387075B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

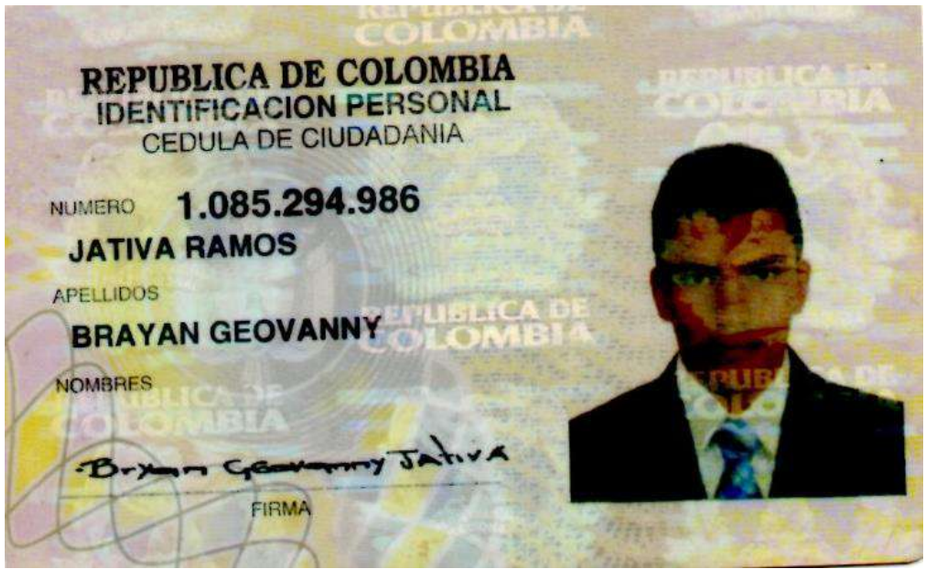
****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

CONSTANZA PUENTES TRUJILLO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.294.986

JATIVA RAMOS

APELLIDOS

BRAYAN GEOVANNY

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1992

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 B+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

24-FEB-2010 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2300100-00232590-M-1085294986-20100408 0021944674A 1 34344847

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.097.930

QUIROZ ROSERO

APELLIDOS

ANNA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1986**

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-MAY-2004 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALINDO VACHA

A-2306700-53157201-F-1085897930-20070913 **00810** 07256N 02 229372570

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

San Juan de Pasto, 25 de NOVIEMBRE de 2024.

SEÑOR:

JUEZ PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN
E. S. D.

_____

REF: MEMORIAL PODER

ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Pasto (N), identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.085.897.930 expedida en Ipiales (N), por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero **PODER ESPECIAL**, amplio y suficiente al profesional del derecho **BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS**, abogado en ejercicio, identificado con CC No. 1.085.294.986 expedida en Pasto (N) y portador de la T.P No 285.615 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad apoderado principal, abogado inscrito con la dirección de correo electrónico bryanjati7@gmail.com misma que coincide con la inscrita en el Registro Nacional de Abogados y **DANIEL FELIPE ENRIQUEZ JURADO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 1085309222 de Pasto – Nariño, portador de tarjeta profesional 285.902 del C.S de la J como abogado suplente, abogado inscrito con la dirección de correo electrónico danielo312@hotmail.com misma que coincide con la inscrita en el Registro Nacional de Abogados. Para en mi nombre instauren **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA** en contra de BANCAMIA y ARL AXACOLPATRIA, lo anterior en consideración a la culpa patronal que sobrevino de la negligencia en cuanto al manejo que los empleadores tuvieron para con la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, situación que produjo de manera directa sus patologías y afectaciones de salud.

Para los efectos pertinentes concedo a mis apoderados las facultades para el adecuado desarrollo de este poder especial, las establecidas en el Código General del Proceso, además expresamente las de presentar el escrito genitor de demanda, correcciones, recibir, transigir, sustituir, conciliar, desistir, renunciar, tachar y las demás que conlleven la defensa de mis

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

BRYAN JATIVA RAMOS
Civil-Familia-Laboral-penal-Seguridad Social

derechos. Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados judicial.

OTORGO:

ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO,
C.C No. 1.085.897.930 expedida en Ipiales (N),

ACEPTO

BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
CC. No. 1.085.294.986 expedida en Pasto.
T.P. No 285.615 del Consejo Superior de la Judicatura.

DANIEL FELIPE ENRIQUEZ JURADO.
C.C No. 1.085.309.222 de Pasto.
T.P No. 285.902 del Consejo Superior de la Judicatura.

315-328-4884
Bryanjati7@gmail.com
Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

Outlook

Re: MEMORIA PODER.

Desde ana cristina quiroz <anacris_11@yahoo.es>
Fecha Lun 25/11/2024 10:55 AM
Para danielo312@hotmail.com <danielo312@hotmail.com>

He leído la integridad del documento y estoy de acuerdo con el contenido, con el mismo otorgó poder a mis abogados.

Yahoo Mail: busca, organiza, toma el control de tu buzón

El lun, 25 de nov de 2024 a la(s) 10:42 a. m., Daniel Enriquez <danielo312@hotmail.com> escribió:

> Señora
> ANNA CRISTINA QUIROZ
> E.S.D.
>
> De manera atenta y respetuosa radico en archivo adjunto memorial , con el fin instaurar **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA** en contra de BANCAMIA y ARL AXACOLPATRIA, lo anterior en consideración a la culpa patronal que sobrevino de la negligencia en cuanto al manejo que los empleadores tuvieron para con la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, situación que produjo de manera directa sus patologías y afectaciones de salud.
>
> Nota: El documento no es necesario imprimirlo, ni firmarlo, se entiende conferido con el solo reenvío.
>
> Cordialmente,
>
> **BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS**
>
> C.C No. 1.085.294.986 expedida en Pasto (N).
>
> T.P No 285.615 del Consejo Superior de la Judicatura.
>
> DANIEL FELIPE ENRÍQUEZ JURADO
> C.C. No 1.085.309.222 de Pasto
> T.P. No: 285.902 del C. S de la Judicatura