



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

San Juan de Pasto, junio de 2024

Señor:
JUEZ CONSTITUCIONAL - REPARTO
E.S.D

Ref. ACCIÓN DE TUTELA

BRAYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS, persona mayor de edad, identificada 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, quien actúa en la presente oportunidad nombre y representación de la señora **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.897.930 expedida en Pasto (N), a través del presente memorial y con el debido respeto acostumbrado, me permito interponer acción de tutela dirigida en contra de acción de tutela en contra de la **A.R.L AXA COLPATRIA, la E.P.S SANITAS EPS** y el fondo de pensiones **PORVENIR**. En consideración a la vulneración a mis derechos fundamentales al debido proceso, al trabajo, a la seguridad social, a la vida digna, al mínimo vital y a la salud, por la inoperancia y renuencia frente a mis valoraciones de pérdida de capacidad laboral y pago de incapacidades desde el mes de febrero de 2023 hasta la fecha por la enfermedad que padezco desde el día 7 de abril de 2021 hasta la actualidad. Fundamento mi libelo tutelar en consideración a los siguientes presupuestos:

PRIMERO: Mi mandante **ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO** se vinculó laboralmente en favor de Banco de Microfinanzas BANCAMÍA, ubicado en la ciudad de Popayán, desempeñando el cargo de ejecutivo de desarrollo productivo desde el día 16 de septiembre del año 2013

SEGUNDO: Cumpliendo a cabalidad con las obligaciones propias del empleador, del Banco de Microfinanzas BANCAMÍA afilió integralmente a mi mandante a su esquema de seguridad social a través de la A.R.L AXA COLPATRIA, la E.P.S SANITAS EPS y el fondo de pensiones PORVENIR.

315-328-4884

Bryanjati7@gmail.com

Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

TERCERO: 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.

CUARTO: 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.

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 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: 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.

SEPTIMO: 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 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.

OCTAVO: 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."

NOVENO: 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.

DECIMO: 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 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, orina con sangre, al igual se presenta una inflamación del estómago derivada de alteración de colon y estreñimiento.

DECIMO PRIMERO: 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 el acoso laboral ya que son afectaciones directas derivadas del trastorno de ansiedad y depresión que padece.

DECIMO SEGUNDO: En la actualidad, 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.

DECIMO TERCERO: 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.

DECIMO CUARTO: En el transcurso de estos meses, mi mandante se encuentra en constante control médico, aspecto que se ha informado vía telefónica a BANCAMIA, no obstante, existe renuencia 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 se le ha solicitado presentarse a las instalaciones de la ciudad de Popayán que le obligaría a no asistir a controles médicos y atenciones que a la fecha aún se siguen prestando.

DECIMO QUINTO: Cabe resaltar que mi mandante se encuentra en controles médicos se realizan en la ciudad de Pasto viéndose afectado su derecho a la salud en tanto es necesario que continúe tratamiento médico con los especialistas que vienen tratando siendo así la constante solicitud de reintegro en la ciudad de Popayán por parte del empleador interrumpiría el proceso que con tanta dificultad ha llevado mi mandante para el restablecimiento de su salud. Las atenciones que actualmente se encuentra presentando son:

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

DECIMO SEXTO: Concordante a lo anterior y ante las constantes dificultades presentadas derivadas del presunto acoso laboral, el empleador no ha autorizado el traslado a la ciudad de Pasto, ni la reubicación de labores de mi mandante máxime cuando en historia clínica y valoraciones medicas se recomienda por los especialistas reubicación y trabajo en casa, ordenándose de manera verbal el reintegro el día 01 de julio de 2024 en las instalaciones de BANCAMIA POPAYAN.

DECIMO SEPTIMO: Habiendo transcurrido más de 180 días de incapacidad, sin que mi mandante haya materializado una mejoría en su salud, la E.P.S SANITAS, Y ARL AXA COLPATRIA no ha

realizado los trámites administrativos para determinar el origen de la enfermedad que aqueja a mi mandante.

DECIMO OCTAVO: Por ello, las entidades EPS SANITAS Y ARL AXA COLPATRIA es necesario que ejecuten los tramites administrativos, que tienen por objeto determinar el origen de la enfermedad que actualmente aqueja a mi mandante; sin embargo, ni la E.P.S ni la A.R.L ni mucho menos el fondo de pensiones PORVENIR, han realizado los trámites pertinentes, oportunos y adecuados para determinar la porcentualidad de pérdida de capacidad laboral sufrida por la mi mandante.

DÉCIMO NOVENO: Aunado a lo anterior, ni la E.P.S SANITAS ni la A.R.L AXA COLPATRIA han asumido el reconocimiento y pago de las incapacidades, aduciendo que las mismas no serán canceladas por no ser responsabilidad de la E.P.S ni tampoco de la A.R.L

VIGESIMO: La situación es tan preocupante que mi mandante ha tenido que acudir a prestamos particulares y el fin de solventar las necesidades propias y de su núcleo familiar.

VIGESIMO PRIMERO: A pesar de que a la fecha mi mandante ha remitido incapacidades medicas las LA EPS Y LA ARL no ha realizado el pago de incapacidades de mi mandante y más importante aún, la AFP PORVENIR no ha realice los experticio pertinentes para determinar el grado de invalidez de la señora ERASO, a la fecha se ha guardado un silencio sepulcral frente a su situación, causando con ello una afectación directa a sus intereses fundamentales.

MEDIDA PROVISIONAL

Respetuosamente le solicito al señor Juez de Tutela que de conformidad al artículo 7º Decreto 2591 de 1991, COMO MEDIDA PROVISIONAL:

- SE ORDENE EL TRASLADO DE LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AL MUNICIPIO DE PASTO O EN SU DEFECTO IPIALES. EN CUANTO A LA MEDIDA PROVISIONAL Y/O SE ACATEN RECOMENDACIONES MEDICAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDIANTE LA MODALIDAD DE TRABAJO EN CASA.

EN CUANTO A LA MEDIDA PROVISIONAL

El Decreto 2591 de 1991, reglamentario de la acción de tutela, establece que el juez constitucional cuando lo considere necesario y urgente para proteger un derecho fundamental "suspenderá la aplicación del acto concreto que lo amenace o vulnere" y, dicha suspensión puede ser ordenada de oficio o a petición de parte, para el efecto, el artículo 7º de la mentada normatividad dispone:

"Artículo 7º. Medidas provisionales para proteger un derecho. Desde la presentación de la solicitud, cuando el juez expresamente lo considere necesario y urgente para proteger el derecho, suspenderá la aplicación del acto concreto que lo amenace o vulnere.

Sin embargo, a petición de parte o de oficio, se podrá disponer la ejecución o la continuidad de la ejecución, para evitar perjuicios ciertos e inminentes al interés público. En todo caso el juez podrá ordenar lo que considere procedente para proteger los derechos y no hacer ilusorio el efecto de un eventual fallo a favor del solicitante.

La suspensión de la aplicación se notificará inmediatamente a aquél contra quien se hubiere hecho la solicitud por el medio más expedito posible. El juez también podrá, de oficio o a petición de parte, dictar cualquier medida de conservación o seguridad encaminada a proteger el derecho o a evitar que se produzcan otros daños como consecuencia de los hechos realizados, todo de conformidad con las circunstancias del caso. [...]"

En este sentido, la Honorable Corte Constitucional ha señalado que las medidas provisionales 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 Constitucional, 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 Ipiales Ya que a la fecha se encuentra en tratamiento médico por fisioterapia, psicología, psiquiatría, medicina del dolor, medicina familiar, es decir que su vida y su dignidad humana depende de la prestación de servicios de salud.

Cuando se verifica la historia clínica se puede apreciar 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.

(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 de tutela sean analizados con tal detalle para efectos de decidir sobre la procedencia de la medida provisional solicitada, pues se encuentra más que demostrada la violación de los derechos fundamentales invocados.

Ahora bien, lo que se pretende a través del decreto de la medida provisional consagrada en el artículo 7° del Decreto 2591 de 1991, es que como lo indica la H. Corte Constitucional se adopten las medidas pertinentes para evitar que la situación se torne aún más gravosa, lo que causaría un perjuicio irremediable, el que estamos todavía a tiempo de evitar.

En reiterada Jurisprudencia, la H. Corte Constitucional ha expresado a través de sus sentencias, que la aprobación de la medida provisional, no constituye un prejuzgamiento, por el contrario, se debe es de entender como el instrumento la Carta Política que le otorgó a sus asociados, para evitar un perjuicio irremediable. Respecto de la prueba que justifica la necesidad de la medida provisional, es importante resaltar que no es otra que las copias de la historia clínica, los documentos anexos respecto de los trámites realizados hasta el momento, por lo tanto, la medida requerida no es una simple manifestación. **SEÑOR JUEZ RUEGO QUE IMPIDA SE CONTINUE CON LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y ORDENE LA MEDIDA PROVISIONAL**

PRETENSIONES

Tomando como base los hechos narrados con anterioridad, le solicito a su distinguida Judicatura tutelar los derechos fundamentales que asisten a mi mandante se sirva conceder el recurso de apelación interpuesto a esta instancia y como consecuencia de ello se sirva:

PRIMERO: ORDENAR a las entidades tuteladas el pago inmediato de aquellas incapacidades que han sido efectivamente generadas en favor de mi mandante y radicadas, pero que continúan sin ser canceladas a la fecha y que se relacionan en el acápite de pruebas.

SEGUNDO: ORDENAR A la A.F.P PORVENIR realizar en favor de mi mandante la totalidad de trámites requeridos a fin de determinar la porcentualidad de pérdida de capacidad laboral en favor de la señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.

TERCERO: ORDENAR A la A.F.P PORVENIR que adelante los trámites a los que haya lugar a fin de determinar la viabilidad de reconocer y cancelar en favor de la señora QUIROZ ROSERO una mesada pensional por invalidez por haberse cumplido el tiempo requerido para materializar la recuperación de mi mandante, sin que a la fecha exista la mejoría esperada, prolongándose por mas de dos años sus incapacidades.

CUARTO: ORDENAR: A la entidad denominada BANCO DE MICROFINANZAS BANCAMIA, acatar las recomendaciones de los médicos tratantes, motivo por el cual una vez proceda el reintegro se autorice la ejecución de trabajo remoto por las condiciones medicas de mi mandante.

QUINTO: ORDENAR A la entidad denominada BANCO DE MICROFINANZAS BANCAMIA, reubique a mi mandante en la ciudad de Pasto, con el fin de que se continúe prestando los servicios de salud.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Habrà de tenerse en cuenta lo preceptuado a través del decreto 917 de 1999 cuando en su artículo 7 sostiene lo siguiente:

"ARTICULO 6o. CALIFICACION DEL ESTADO DE INVALIDEZ. La calificación y expedición del dictamen sobre el estado de la invalidez corresponde a las Juntas de Calificación de Invalidez, quienes conocerán de los siguientes asuntos: a) La calificación y revisión de la pérdida de la capacidad laboral y la incapacidad permanente parcial, en caso de controversia. b) La calificación del origen, el grado, la fecha de estructuración y la revisión del estado de invalidez. c) La calificación del origen del accidente y de la enfermedad, con base en la Ley 100 de 1993, el Decreto-ley 1295 de 1994 y demás normas reglamentarias, en caso de controversia. d) La calificación del origen de la muerte en caso de controversia. Las Juntas de Calificación de la Invalidez deben emitir el dictamen de la Invalidez el cual, en todos los casos, reflejará exactamente el contenido del acta correspondiente a

cada caso revisado por la misma y será el resultado de la deliberación de los miembros encargados de calificar. De igual modo, corresponde a la respectiva Junta notificar el dictamen al afiliado, quien puede aceptarlo o apelarlo ante las instancias competentes".

Posteriormente señala:

CRITERIOS PARA LA CALIFICACION INTEGRAL DE INVALIDEZ. Para efecto de la calificación integral de la invalidez se tendrán en cuenta **LOS COMPONENTES FUNCIONALES BIOLÓGICO, PSÍQUICO Y SOCIAL DEL SER HUMANO**, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad, el accidente o la edad, y definidos de la siguiente manera:

- **DEFICIENCIA:** Se entiende por deficiencia, toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura.
- **DISCAPACIDAD:** Se entiende por Discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y, por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona.
- **MINUSVALÍA:** Se entiende por Minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. Representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno. Del

cuerpo humano, así como también los sistemas propios de la función mental. Representa la exteriorización

No siendo otro el motivo de la presente, agradezco su colaboración.

SENTENCIA T-093 DE 2016

“La expedición de los dictámenes de pérdida de la capacidad laboral que son proferidos por las juntas de calificación de invalidez, están regidos por el procedimiento establecido en los artículos 38 a 43 de la Ley 100 de 1993[32] y en el capítulo III del Decreto 2463 de 2001, que establece las siguientes etapas: “Allí se consagran reglas atinentes a la competencia de las juntas de calificación de invalidez (art.22); rehabilitación previa para solicitar el trámite (art. 23); presentación de la solicitud (art. 24); documentos que se deben allegar a la solicitud de calificación (art.25); solicitudes incompletas (art.26); reparto, sustanciación, ponencia, quórum y decisiones (arts. 27 a 29); audiencia y dictamen (arts. 30 y 31); notificación del dictamen y recursos (arts.32 a 34); procedimiento para el trámite del recurso de apelación (art. 35); práctica de exámenes complementarios (art.36); pago de gastos de traslado, valoraciones por especialistas y exámenes complementarios (art. 37); participación en las audiencias privadas (art. 38); inasistencia de pacientes (art. 39), y controversias sobre dictámenes (art. 40)”.

Si bien los dictámenes de pérdida de la capacidad laboral no son considerados actos administrativos, los mismos deben estar debidamente motivados; esto implica que el dictamen debe contener los fundamentos de hecho y de derecho. Los fundamentos de hecho son los que tienen relación con la ocurrencia de determinada contingencia, esto supone la valoración de la historia clínica, reportes, exámenes médicos periódicos y todo aquello que pueda servir de prueba para certificar una determinada relación causal entre la patología y el trabajo desempeñado, tales como certificado de cargos, actividades laborales, funciones, manejo de equipos, entre otros. Los fundamentos de derecho son todas las normas que son aplicables al caso concreto.

La jurisprudencia constitucional y la ley, han definido las pautas bajo las cuales los miembros de las juntas de calificación de

invalidez deben proferir sus dictámenes. Por ejemplo, el artículo 2, del Decreto 2463 de 2001 sostiene:

“La actuación de los integrantes de la junta de calificación de invalidez estará regida por los postulados de la buena fe y consultará los principios establecidos en la Constitución Política y en la Ley 100 de 1993, las disposiciones del Manual único para la Calificación de la Invalidez, así como las contenidas en el presente decreto y demás normas que lo complementen, modifiquen, sustituyan o adicionen”.

6.13. En el mismo sentido, el artículo 31 del Decreto 2463 de 2001, prescribe que los dictámenes emitidos por las juntas de calificación de invalidez “deben contener las decisiones expresas y claras sobre el origen, fecha de estructuración y calificación porcentual de pérdida de la capacidad laboral”.

6.14. La última regla supone un respeto por el derecho de defensa y contradicción de los interesados, de tal manera que se les brinde la posibilidad de controvertir todos los aspectos relacionados con el dictamen. (Artículos 11, 35 y 40 del Decreto 2463 de 2001).

3. Decreto 917 de 1999.
4. Artículos 41 – 42 – 43 de la Ley 100 del 93.
5. Decreto 2463 de 2001.

PRUEBAS

RESPECTO AL RÉGIMEN NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ENTIDADES RESPONSABLES DE EFECTUAR EL PAGO.

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución, el Estado colombiano “garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, *PORVENIR* y recuperación de la salud”, y con fundamento en esta disposición, se ha instituido dentro del régimen del Sistema General de Seguridad Social el reconocimiento y pago de las incapacidades, bien sean por enfermedad común, o por enfermedad profesional.

Esto, con la finalidad de soportar al afiliado durante el tiempo en que su capacidad laboral se ve mermada, en virtud del principio de solidaridad que rige el Sistema General de Seguridad Social.

Así, el reconocimiento y pago de las incapacidades fueron atribuidas a los distintos agentes del sistema, dependiendo del origen de la enfermedad o accidente (común o profesional), y de la persistencia de la afectación de la salud del afiliado, en el tiempo.

Entonces, en primer lugar, de acuerdo con el artículo 1° del Decreto 2943 de 2013, las Administradoras de Riesgos Laborales son las encargadas de asumir el pago de las incapacidades laborales con ocasión de un accidente de trabajo o enfermedades laborales, desde el día siguiente a la ocurrencia del hecho o diagnóstico.

Este pago se surte, por parte de las ARL, "(...) hasta que: (i) la persona quede integralmente rehabilitada y, por tanto, reincorporada al trabajo; (ii) se le califique su estado de incapacidad parcial permanente y en este caso se indemnice; o (iii) en el peor de los casos se califique la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje superior al 50%, adquiriendo el derecho a la pensión de invalidez".

En segundo término, tratándose de enfermedades o accidentes de origen común, la responsabilidad del pago de la incapacidad o del subsidio por incapacidad radica en diferentes actores del sistema dependiendo de la prolongación de esta, de la siguiente manera:

Conforme al artículo 1° del Decreto 2943 de 2013, que modificó el parágrafo 1° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el pago de los dos (2) primeros días de incapacidad por enfermedad de origen común, corresponden al empleador.

A su vez, en concordancia con el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, el pago de las incapacidades expedidas del día tres (3) al día ciento ochenta (180) están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, y el trámite tendiente a su reconocimiento está a cargo del empleador.

En cuanto a las incapacidades de origen común que persisten y superan el día 181. Si bien en principio eran objeto de debate, en tanto se asumía que el pago estaba condicionado a la existencia de un concepto favorable de recuperación, la Corte Constitucional ha sido enfática en afirmar que el pago de este

subsidio corre por cuenta de la Administradora de Fondos de Pensiones a la que se encuentre afiliado el trabajador, es decir que la obligación se encuentra a cargo de la entidad COLPENSIONES ya sea que exista concepto favorable o desfavorable de rehabilitación.

Ahora, en el evento que la EPS no cumpla con la emisión del concepto de rehabilitación¹-sea favorable o desfavorable- antes del día 120 de incapacidad temporal y la remisión de este a la AFP correspondiente, antes del día 150, de que trata el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, le compete a la EPS pagar con sus propios recursos el subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal, esto, en caso de que la incapacidad se prolongue más allá de los 180 días. En tal sentido, asumirá desde el día 181 y hasta el día en que emita el concepto en mención.

Así mismo, de acuerdo con la norma citada, una vez el fondo de pensiones disponga del concepto favorable de rehabilitación, podrá postergar el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral *“hasta por 360 días calendario adicionales a los primeros 180 de incapacidad temporal que otorgó [y pagó] la EPS”*. Sin embargo, en caso de que la AFP decida utilizar dicha prerrogativa, la ley prevé como condición el pago de un subsidio equivalente a la incapacidad temporal que venía disfrutando el trabajador. Contrario *sensu*, si el concepto de rehabilitación que recibe el fondo de pensiones por parte de la EPS es desfavorable, la primera deberá proceder de manera inmediata a calificar la pérdida de capacidad del afiliado, toda vez que la recuperación del estado de salud del trabajador es médicamente improbable. En todo caso, los subsidios por incapacidades del día 181 al día 540, están a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones, siempre que cuenten con el concepto de rehabilitación por parte de la EPS, sea este favorable o no para el afiliado.

En este punto, como resultado del proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, es posible: i) que se determine una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, evento en el cual, el trabajador puede optar por la pensión de invalidez a cargo de la AFP a la cual se encuentre afiliado; o ii) que se fije una disminución ocupacional parcial, esto es, inferior al 50%, situación en la que *“el empleador debe proceder a reincorporar al trabajador en el cargo que venía desempeñando o en otra actividad acorde con su situación de discapacidad, siempre y*

cuando los conceptos médicos determinen que se encuentra apto para ello". En otras palabras, se configura uno de los eventos en los cuales el trabajador se hace acreedor del derecho a la estabilidad laboral reforzada, reconocido por esta Corte a partir del artículo 26 de la Ley 361 de 1997.

No obstante, lo anterior, es factible que, a pesar de haberse dictaminado una incapacidad permanente parcial, por pérdida de capacidad laboral, inferior al 50%, el trabajador no recupere su capacidad laboral, y por esa causa, el médico tratante le siga extendiendo incapacidades, superando los 540 días, pese a haber sido evaluado por la junta de calificación de invalidez. Es decir, no resulta posible su reintegro al cargo, debido a la misma incapacidad del trabajador para reincorporarse a sus funciones.

Al respecto, es preciso recordar que el Sistema General de Seguridad Social no previó esta situación dentro de su marco normativo y, por tanto, los asegurados incursos en estas circunstancias, antes de la promulgación de la Ley 1753 de 2015 Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se encontraban desprotegidos legalmente como consecuencia de la ausencia de claridad respecto de la entidad que debía asumir el pago del auxilio por incapacidad cuando los mismos superaban los 540 días. Sin embargo, el vacío de regulación fue efectivamente superado con la ley mencionada, al determinar que el pago de las incapacidades superiores a los 540 días debía asumirse por las entidades promotoras de salud (EPS) y que como mecanismo para reevaluar la real capacidad de trabajo del afectado y propender oportunamente por la reincorporación del asegurado a sus funciones laborales, el Gobierno Nacional tenía la obligación de reglamentar el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad.

En efecto, el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, indicó:

“ARTÍCULO 67. Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Entidad administrará los siguientes recursos:

(...)

Estos recursos se destinarán a:

a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se

reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.” (Resaltado de la Sala)

De la norma transcrita se advierte: i) que el Legislador asignó la responsabilidad de sufragar las incapacidades superiores a 540 días a las EPS, y ii) que las EPS pueden perseguir el reconocimiento y pago de las sumas canceladas por dicho concepto en los términos del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 ante la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que asumió funciones a partir del 1º de agosto de 2017, según lo prescrito en el artículo 1º del Decreto 546 de 2017.

Adicionalmente, es oportuno aclarar que de ninguna manera puede entenderse que el pago de los subsidios por incapacidad al asegurado se encuentra sujeto a condición alguna, toda vez que, conforme al texto normativo transcrito, lo que quedó en suspenso, fue la reglamentación del procedimiento de revisión periódica de incapacidad por parte de las EPS, entre otros asuntos, y no el cumplimiento del deber de pagar los subsidios por incapacidades. Por tanto, desde la entrada en vigor de la Ley 1753 de 2015, el pago del subsidio por incapacidades que superan el día 540, quedó a cargo de las EPS y desde entonces, tienen el deber de sufragar los valores por dicho concepto a favor del asegurado.

Igualmente, conviene reiterar que el deber legal de asumir las incapacidades originadas en enfermedad común que superen los 540 días (que está a cargo de las EPS) tampoco se encuentra condicionado a que se haya surtido la calificación de pérdida de capacidad laboral del afiliado, toda vez que la falta de diligencia de las entidades no puede derivar en una carga más gravosa para quien afronta una incapacidad prolongada.

Sobre la base de lo expuesto, el régimen de pago de incapacidades o subsidios por incapacidad por enfermedades de origen común está previsto de la siguiente manera:

Periodo	Entidad obligada	Fuente normativa
Día 1 y 2	Empleador	Artículo 1° del Decreto 2943 de 2013
Día 3 a 180	E.P.S.	Artículo 1° del Decreto 2943 de 2013 en concordancia con el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993
Día 181 hasta el 540	Fondo de Pensiones	Artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993
Día 541 en adelante	E.P.S.	Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015

De la omisión de aplicación del régimen legal y jurisprudencial que rige el proceso de la calificación de pérdida de capacidad laboral

El sistema integral de seguridad social en Colombia, desarrollado a partir de la Ley 100 de 1993, constituyó un hito en la materia porque buscó asegurar una cobertura universal e integral en materia de prestaciones sociales. Así, el objetivo principal de este sistema fue el de procurar el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de la ciudadanía, mediante la PORVENIR de algunas contingencias como la enfermedad común o laboral, el estado de invalidez o la muerte, entre otras. Estas contingencias son cubiertas, en general, a partir de los sub-sistemas de pensiones, salud y riesgos profesionales.

Según el artículo 38 de la Ley 100 de 1993, “se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral”. Esta definición ha sido complementada por la jurisprudencia constitucional que ha definido el estado de invalidez como la situación física o

mental que afecta a una persona, de manera que le impide desarrollar la actividad laboral remunerada, para la cual estaba capacitada y, en consecuencia, no puede proveerse de los medios de subsistencia para vivir dignamente. Más concretamente, en sentencia T-337 de 2012, esta Corte explicó que:

“Un elemento definidor del estado de invalidez, es el hecho de que la persona por sí misma no puede procurarse los medios para una vida digna y decorosa, que se adquieren normalmente de una actividad remunerada; presumiéndose, en principio, que la estructuración de la invalidez está íntimamente ligada a las circunstancias del trabajo desempeñado y las condiciones de salud física o mental de la persona, que le impidieron seguir laborando.

De tales definiciones, se deriva que cuando una persona se encuentra en dicho estado de invalidez se afectan sus derechos a la vida digna y al mínimo vital y móvil, por lo cual, entre otras, el sistema de seguridad social prevé una pensión por invalidez. En principio, esta prestación y el proceso que se describirá a continuación está regulado para las personas afiliadas bajo cotización al sistema integral de seguridad social. Ello admite algunas excepciones como veremos más adelante. Por ahora es preciso recordar que para que una persona pueda acceder a una pensión de invalidez, se requiere de un dictamen de calificación de la PCL, cuyo porcentaje supere el 50%.

El proceso para que una persona acceda a un dictamen de PCL puede variar de acuerdo al modo en que se genera el estado de invalidez, por ejemplo, por un accidente común o laboral, o cuando se prolonga un estado de enfermedad común que provoca incapacidades laborales continuas. Así, cuando el hecho generador del estado de invalidez es la enfermedad común que ha dado lugar a incapacidades temporales, como el que invoca mi mandante, la EPS deberá expedir un concepto de rehabilitación –favorable o desfavorable– antes del día 120 de incapacidad. Una vez tenga dicho concepto la EPS deberá enviarlo antes del día 150 de incapacidad, a la AFP a la que se encuentre afiliado el trabajador. Si el concepto de rehabilitación es favorable, las AFP podrán postergar el trámite de calificación de PCL hasta por un término máximo de 360 días calendario,

adicionales a los primeros 180 días de incapacidad temporal reconocida por la EPS. Durante este tiempo, la AFP debe pagar al afiliado un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando. De otro modo, cuando el concepto de rehabilitación es desfavorable lo que procede es que la AFP realice la respectiva calificación de la PCL.

Ese proceso, en términos generales, está regulado por el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, que fue modificado por el artículo 142 del Decreto 019 de 2012. El inciso segundo de dicho artículo indica que “corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a la Administradora Colombiana de Pensiones, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y **a las Entidades Promotoras de Salud EPS**, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias”. Así mismo, se indica que si los usuarios del sistema no están de acuerdo con esa calificación inicial podrán acudir a las Juntas de Calificación de la Invalidez, regionales o nacional, para controvertir los dictámenes.

Teniendo en cuenta este procedimiento, es importante aclarar que, a pesar de su relación, las incapacidades laborales, la pensión de invalidez y la calificación de la PCL, son prestaciones y procedimientos distintos. Las incapacidades laborales son prestaciones que están principalmente a cargo del sistema general en salud en su modalidad contributiva, según se desprende del artículo 206 de la Ley 100 de 1993. Mientras que la pensión de invalidez es una prestación a cargo del sistema general de pensiones, tanto en régimen de prima media como en el de ahorro individual, que está regulada en los artículos 38 a 41 y 69 a 72 de la misma Ley. Así, independientemente de que estas dos prestaciones puedan conectarse con el proceso de calificación de PCL, este último es independiente y ha sido objeto de desarrollos jurisprudenciales. Para los efectos de esta tutela es preciso verificar el tratamiento constitucional que se ha dado a este último proceso; es decir a la calificación de PCL.

Su Señoría tal y como se manifestó en el acápite de hechos, la calificación de pérdida de capacidad laboral es un derecho que le asiste a las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social, sin distinción alguna, y que cobra gran importancia en tanto medio para acceder a la garantía de los derechos a la seguridad

social, a la vida digna y al mínimo vital. Como se deriva de los hechos expuestos, en este caso, la falta de calificación de la PCL repercute en la garantía de los derechos constitucionales del accionante. En efecto, se afecta su derecho a la seguridad social, comoquiera que sin la calificación no puede iniciar otros trámites derivados de la eventual condición de invalidez o discapacidad que se le dictamine. Existe una afectación al debido proceso, toda vez que se le está imponiendo al actor una barrera injustificada y una carga imposible de cumplir para obtener el dictamen. Así mismo, se plantea una afectación del derecho al mínimo vital, ya que, en razón de su enfermedad, el accionante no puede trabajar y aún no puede iniciar trámites para obtener las coberturas que el sistema integral de seguridad social contempla para las personas con un porcentaje alto de PCL.

Todo lo anterior se agrava por la situación particular de mi mandante que es de debilidad manifiesta por varias razones. En primer lugar, porque se probó que está diagnosticada con enfermedades de carácter degenerativo y de tendencia a agravar, lo cierto es que, en la actualidad, esas patologías impiden a mi mandante trabajar y obtener una fuente de ingresos que le permita llevar una subsistencia digna. En consecuencia, sus enfermedades que hoy afectan su mínimo vital y móvil y su vida digna.

Como segundo punto, es evidente que el núcleo familiar de apoyo que tiene que mi mandante también se encuentra en una situación económica y emocional precaria ya que dependían del trabajo de esta y ahora, además de no tener esa fuente de ingresos, deben contener de la mejor manera posible los episodios de dolor que sufre la accionante.

Todas estas circunstancias, ahondan la vulneración de derechos que perpetúan las entidades tuteladas, por lo cual, solicito respetuosamente se sirva ordenar a dichas entidades para que procedan a adelantar todos los trámites pertinentes – médicos y administrativos– para que mi mandante sea calificada según los lineamientos legales del artículo 41 de la Ley 100 de 1993, los criterios técnico-científicos dispuestos en el Manual Único de Calificación de la Invalidez y las demás normas concordantes y complementarias.

DEL ACOSO LABORAL

El espíritu que inspira la Ley 1.010 de 2006 es proteger al trabajador de los abusos cometidos por el patrono o jefe. Violación al Debido Proceso en el trámite del Acoso Laboral Con respecto a la violación del debido proceso en el trámite de la solicitud o queja del Acoso Laboral, por parte de mi representada; éste formalmente, no se ha pronunciado; sigue guardando silencio. Por ahí se dice, “no hay tal acoso, todo está bien; ya se constituyó el Comité de Convivencia Laboral”.

Sin embargo, según lo argumentado y expuesto claramente a través del presente libelo constitucional por el accionante en nombre de su representada está claro que se ha tipificado la conducta de violación al derecho humano fundamental y constitucional al debido proceso en el trámite del Acoso Laboral denunciado por mi representada, porque así se infiere de las conductas desplegadas por parte del empleador.

En consecuencia, es lógico, que debe solicitársele que informe en lujo de detalles al Juez Constitucional, qué es lo que ha ocurrido sobre el particular para que su Señoría sopesa el valor probatorio de dicho informe y en efecto determine la tutela efectiva del derecho humano fundamental y constitucional al debido proceso en el Acoso Laboral que ha denunciado ante la misma Institución la víctima.

En esencia, lo que se pide es justicia, y mucha más justicia; que no se destruya al ser humano de esta manera, sino que se incentive, se le dé lo justo y necesario como la Constitución, la Ley y la jurisprudencia lo establecen y lo pregonan; que el agraviado, perjudicado o víctima no tenga que estar exigiendo y reclamando, utilizando con razón en este caso la vía jurisdiccional constitucional. Sus derechos son natos, e invulnerables; 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 que actualmente mi representada sigue en consultas medicas y procedimientos que se van a ver interrumpidos y generarán mayor afectación a la salud e integridad personal, concordante a lo anterior en atención realizada por parte de la Clínica Hispanoamérica Dr. José Álvarez Reyes el día 19 de junio de 2024, se recomienda trabajo en casa y reubicación laboral, aspecto que se desconoce por parte del empleador,

informándole a mi mandante que deberá reintegrarse el día 01 de julio de la presente anualidad en las instalaciones de BANCAMIA en la ciudad de Popayán desconociendo igualmente las recomendaciones realizadas en concepto medico ocupacional donde se requiere permiso de autorización de asistencia a tratamientos médicos, mismos que serán interrumpidos en atención al traslado de ciudad de mi mandante no permitiendo continuidad y afectando directamente su salud y bienestar.

PRUEBAS

- Historia clínica de integral de la señora ANNA CRISTINA QUIROS ROSERO sufrida a raíz del acoso laboral.
- Copia Derecho de petición remitido a la entidad BANCAMIA, el día 18 de septiembre de la presente anualidad.
- Respuesta a derecho de petición remitida por BANCAMIA el día 06 de octubre de 2023.
- Soporte pantallazo correo electrónico remitido por mi mandante donde se informa actos de acoso laboral.
- Soporte atenciones médicas realizadas en el departamento de Nariño año 2023.
- Soporte de Atenciones médicas año 2024.
 - Concepto medico ocupacional
 - Polisomnografía basal con oximetría
 - Atención medica por Neurología Clínica.
 - Atenciones por Fisiatría Dr. Fernando Alirio Enriquez Torres.
 - Atención por especialista en medicina física y rehabilitación Dr. Fernando Alirio Enriquez.
 - Atención realizada por parte de la Clínica Hispanoamérica Dr. José Álvarez Reyes, donde se recomienda trabajo en casa y reubicación laboral.
- Incapacidad medica de fecha 12 de junio de 2024
- Soporte de ordenes de servicios médicos y asignación de citas.
 - Control por Psicología de fecha 03 de noviembre de 2023.
 - Control por Programa de Salud Mental de fecha 11 de octubre de 2023.
 - Cita Programada 23 noviembre de 2023 Psiquiatría.
 - Control por medicina familiar 10 de noviembre de 2023.
 - Control por medicina del dolor 10 de noviembre de 2023.
 - Autorización de servicios Ciren – Programación de terapias físicas.

- Cita programada para el día 08 de julio de 2024
- Certificado de Incapacidades emitido por SANITAS EPS.
- Respuestas PQR Sanitas EPS.
 - 30 de abril de 2024
 - 14 de mayo de 2024.
- Concepto medico remitido por la Doctora Cindy Chamorro Días vinculada a la Fundación SERVICIO SOCIAL "CARMELITANO" PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.
- Radicado y petición de Solicitud de pérdida de capacidad laboral remitido a LA AFP PORVENIR.

ANEXOS

- Poder debidamente diligenciado, facultándome para actuar en el presente proceso.

NOTIFICACIONES

La señora ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO y el suscrito apoderado BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS recibiremos notificaciones en la carrera 24 No. 19 -33 edificio pasto plaza de la ciudad de Pasto, tel. 315-328-4884, correo electrónico bryanjati7@gmail.com – danielo312@hotmail.com

La A.R.L AXA COLPATRIA recibirá notificaciones en la dirección de correo electrónico notificacionesjudiciales@axacolpatria.co

La entidad nueva E.P.S recibirá notificaciones a través de la dirección electrónica notificajudiciales@keralty.com

La entidad A.F.P PORVENIR notificacionesjudiciales@porvenir.com.co

Atentamente,

BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS

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

T.P No. 285.615 Expedida por el Consejo Superior de la Judicatura.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 crónicas (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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?: estrés 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: Sí, 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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. Moduladores 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 médica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

24. ¿Consumo 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.
 - 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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)?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
 ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo o 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

(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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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 tenía 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 espontáneas 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 gestacional meicada 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

dolor bajito , niega síntomas premonitores . 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
Síntomas 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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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: simétricas turgentes piel y pezones normales .
Cardiovascular: Ruidos cardíacos 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 dinámica uterina .

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**CONTROL PRENATAL**

Examen de Laboratorio

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

Inmunología

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 POSITIVOS 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 ENFERERA NUTRCON Y PSIQUIATRIA ANTEDENTED E SINDROE DEPRIVO , 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 POSITIVOS 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 ENFERERA NUTRCON Y PSIQUIATRIA ANTEDENTED E SINDROE DEPRIVO , CONTROL ,.

Recomendación 1:

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 OLORES 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 DÍA 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 ESTÁ 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 MATERNS 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 estómago.
- 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 Teléfono: 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 gestación 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 pérdidas vaginal de sangre o líquido, percibe movimientos fetales, no dolor bajo, niega síntomas premonitorios. Dice haber consultado por urgencia el 14-10-2021 se le diagnóstico IVU y ordenó manejo con cefalexina +urocultivo de control.

Toma micronutrientes(GEstavit) recomendados con buenas tolerancia. Vacunación = Ha recibido 1 dosis de Td /influenzae/ 2 dosis covid. Asistió 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

Síntomas urinarios: No

Servicio de urgencias: No

Movimientos fetales: No

Contracciones Uterinas: No

Sangrado Genital: No

¿Presenta flujo vaginal?: No

Amniotórax: No



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 BIOPSIOSOCIAL

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36 °C
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 cardíacos 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

Hematología

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

Química Sanguínea

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

Inmunología

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

Análisis de Laboratorio

1. Parcial de Orina: Normal,

Imagenología

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

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

Ecografía Obstétrica

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

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente de 35 años con segunda gestación de +/-23.3 semanas, clasificada como alto riesgo por periodo intergenesico largo +tamizaje positivo para preeclampsia +diabetes gestacional +placenta previa. Estado socioeconómico adecuado. Examen físico = 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 rápida para VIH/sifilis/hepatitis B= negativas, ecografía transvaginal normal. Ecografía genética alterada. Laboratorios del segundo trimestre reporta CTG compatible con diabetes gestacional, Ecografía nivel III reporta placenta previa con DAU normal. Se tomó segunda prueba rápida para VIH/sifilis = negativa. Realizó consulta virtual con psicología y nutricionista. Dice tomar micronutrientes (Gestavit +ASA 100 mgr día) con buena tolerancia.

Se recomienda suspender consumo de azúcar, programar cita de control con ginecología y nutricionista, uso de faja de sosten materno y de AINES en gel tópico.

Se da recomendaciones en signos de alarma, medidas de cuidado general y de prevención de contagio con toxoplasmosis y coronavirus.

Se diligencia cartilla de control prenatal y se indica llevarla a todas las citas.

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (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.

Asistió a odontología: Si.

Asistió a consulta de planificación: Si.

Asistió 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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 PÁRPADOS O EXTREMIDADES , 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 Teléfono: 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 protección 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 días , fpp 22 de 02 de 2022 , embarazo de alto riesgo por edad materna tardía , sd de ansiedad en manejo con psiquiatría , sin tratamiento farmacológico , ya laa valoro psicología ,

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 día anterior, se autolimito el sangrado, le tomaron parcial de orina normal y le dan egreso con analgesia
aporta paraclínicos 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 exámenes normales
le tomaron pruebas rapidas el 24 de 06 de 2021 no reactivas
valorada por ginecologia la cita acontrol con eco genetica, cita agendada 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
Síntomas 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

EXAMEN FÍSICO - 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 °C
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) Sobre peso 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 cardíacos 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 espejito (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

atención domiciliaria
paciente de 35 años de edad g2p1v1 , eg actual x eco tv 13 semanas 3 días , fpp 22 de 02 de 2022 , embarazo de alto riesgo por edad materna tardía , sd de ansiedad en manejo con psiquiatría , sin tratamiento farmacológico , ya laa valoro psicología , tiene agendada eco genética para el 24 de 08 de 2021
refiere que consulto a la estancia el 30 de 06 de 2021 por dolor pélvico y sangrado escaso el día anterior , se autolimito el sangrado , le tomaron parcial de orina normal y le dan egreso con analgesia
paraclínicos tomados el 29 de 06 de 2021 se registran en historia clínica : sin inmunidad para toxoplasma , glicemia elevada , hemoglobina glicosilada 5.1% negativa para diabetes , gram vaginal con vaginosis , resto de exámenes normales
imc 25.8 sobre peso
conducta dieta balanceada indicada por nutrición , recibe gestavit + ácido fólico , se indica tratamiento para vaginosis , sacar cita con odontología , se envía a vacunación , le aplicaron primera dosis de vacuna contra el covid el 17 de 08 de 2021 , ya tiene agendada eco genética para el 24 de 08 de 2021 , se remite a ginecología , se refuerza signs de alarma

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 16.

Diagnóstico Principal: Aumento anormal de peso (R635), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra, No Embarazada, RIESGO INMINENTE: NO.
Diagnóstico Asociado 1: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (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.

Asistió a odontología: Si.

Asistió a consulta de planificación: Si.

Asistió 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 días.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: conducta dieta balanceada indicada por nutrición, recibe gestavit + ácido fólico, se indica tratamiento para vaginosis, saca cita con odontología, se envía a vacunación, ya tiene agendada eco genética para el 24 de 08 de 2021, se remite a ginecología, se refuerza signos de alarma.

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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 crónicas (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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

? (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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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 nefrítico: 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 cutáneas 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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas 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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: No.

43. ¿Tiene hemorragias espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

24. ¿Consumo 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
(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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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.

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

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas 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. ¿Consumo o 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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. ¿Consumo 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.

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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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. 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

(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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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)?
: 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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 triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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 tenía 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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. ¿Consumo 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.

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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.

(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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 ?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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.

ATENCIÓNES 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.

Índice de masa corporal: 26,69(kg/m2) - -Sobrepeso

Peso pre-gestacional: 71 kg.

IMC pre-gestacional: 26

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXÁMENES DE LABORATORIO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

SANDIA, FRUTAS DULCES CONSUMIR SIEMPRE Y CUANDO NO ESTEN MADURAS Y DOS O TRES VECES POR SEMANA EN PORCIÓN, NO JUGOS (PIÑA, MANGO, UVAS, PAPAYA, BANANO, MANDARINA, NARANJA), ZANAHORIA COCIDA, ZAPALLO, REMOLACHA, PURE DE PAPA, TOSTADAS, SANCOCHO, AJIACO, MIEL, AZÚCAR, PANELA, PRODUCTOS DE PANADERÍA BUÑUELOS PAN DE BONO PAN HOJALDRAS MASAS, PRODUCTOS INDUSTRIALIZADOS GASEOSOS JUGOS HIT PONY MALTA, MILO, CHOCOLISTO, CHOCOLATE 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, uchuvras, 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

Índice 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 ALIMENTACIÓN 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 Nutrición 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 (Carne) (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 maíz 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: frijol, 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 uchivas
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 feijoa 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

LÁCTEOS

Preferir: Leche semi o descremada, kumis y yogurt bajo en grasa y sin azúcar añadida. Queso descremado (pera, mozzarella, 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, SÁNCOCHO , 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 perril 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

Índice de masa corporal: 25.44(kg/m2) - -Sobrepeso

Peso pre-gestacional: 64 kg.

IMC pre-gestacional: 24

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON 11 SEMANAS DE GESTACIÓN- SE REALIZA TELECONSULTA NO PRESENCIAL, NO SE REALIZA EXAMEN FÍSICO POR CONTINGENCIA, SE TOMAN DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE HISTORIA CLÍNICA ANTERIOR, REFIERE NAÚSEAS

PESO PRE :64 KG

IMC PRE NORMAL

GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO:10 -13KG

PESO LÍMITE:77 KG

IMC GESTACIONAL: NORMAL

SE REALIZA EDUCACIÓN Y CAMBIOS DE ALIMENTACIÓN

DERECHO AGOSTO 2021: PRESENTAR QUEJAS RECLAMOS O SUGERENCIAS SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD PRESTADA.

DEBER AGOSTO 2021: FIRMAR EL CONSENTIMIENTO O DISSENTIMIENTO 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 Nutrición 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 OÍDOS, CANSANCIO, MUCHA ANSIEDAD POR COMER, MUCHA SED, MUCHAS GANAS DE IR AL BAÑO, VISION BORROSA, HORMIGUEO, HINCHAZÓN EN BRAZOS Y PIERNAS, SANGRADOS, DOLORS 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 DÍA

FRUTAS PORCIÓN NO JUGOS

CAFÉ UNA VEZ AL DÍA -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 PORCIÓN DE FRUTA NO MADURA + FRUTOS SECOS (MANI, PISTACHO, MACADAMIA, ALMENDRAS, NUEZ 30 G O GALLITAS INTEGRALES (SALTINAS) + BEBIDA LÁCTEA 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 MAÍZ(SE PUEDE RAYAR UNA VERDURA ZANAHORIA, ESPINACAS, BROCOLI) ENCIMA AGUACATE + PORCIÓN DE FRUTA + BEBIDA

ALMUERZO PORCIÓN 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 crónicas (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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?: estrés 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: Sí, 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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 médica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.
 - 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

(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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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)?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo o 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

(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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 o 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 tenía 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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 tenía 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 espontáneas 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. Ginecología 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 política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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
Síntomas 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (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 Ginecología y Obstetricia Por solicitud del médico tratante. Justificación: VALORACION POR MED MATERNO FETAL.

INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Endocrinología 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 líquido amniótico que le moje las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estómago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azúcares y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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. Ginecología y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 62758508. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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 ASINTOMÁTICA, 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
Síntomas urinarios: No
Servicio de urgencias: No
Movimientos fetales: No
Contracciones Uterinas: No
Sangrado Genital: No
¿Presenta flujo vaginal?: No
Amniotoca: 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. Ginecología 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 Teléfono: 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 política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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 REFIERE 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 LAS 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

Síntomas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL

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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 70.9 Kg

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cardíacos 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:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de líquido amniótico que le mojen las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estómago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azúcares y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitaminas 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 Médico Popayan

ATENCIÓNES 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. Ginecología 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 Teléfono: 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 política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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 ASINTOMÁTICA, REFIERE QUE ESTE EN INCAPACIDAD POR PSIQUIATRÍA, EN ESPERA PARA VER NECESIDAD DE MEDICACIÓN, MOVIMIENTOS FETALES +, TOMA MICRONUTRIENTE, YA FUE VALORADA POR NUTRICIÓN, TRAE GLUCOMETRIAS DE DOS DÍAS CON GLUCOSA PRE ALTERADA LAS POSPRANDIALES NORMALES. USA FAJA MATERNA, PENDIENTE INICIAR TERAPIAS FISICA.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síntomas 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 BIOPSIOSOCIAL

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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FÍSICO - 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 °C
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) Sobre peso 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 cardíacos 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, PENDIENTE ORDENAR DOPPLER MAS CERVICOMETRIA, Y TOXO

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 25 semanas.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 líquido amniótico que le mojen las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estómago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azúcares y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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 DÍAS

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. Ginecología 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 política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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 CEFALLEXINA POR IVU, PARACLINICOS DEL 25 OCTUBRE CURVA CON LOS TRES PARAMETROS ALTERADOS (103/214/159), PO NORMAL, TOXO IGM NEGATIVO, ECO DE III NIVEL DEL 23 OCTUBRE SEM22.3 BIOMETRIA COCODNTE, PLACENTA PREVIA A DESCARTAR, NO ALTERACIONES ESTRUCTURALES, DOPPLER DE UTERINAS NORMAL.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No
Trastornos visuales: No
¿Ha tenido vómitos?: No
Síntomas 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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) Sobre peso 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, TERAPIA FISICA, FAJA MATERNA, ANALGESIA,
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, CONTROL EN DOS SEMANAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (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 DÍA POR 30 DÍAS.
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 DÍA POR 30 DÍAS.
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 DÍA POR 30 DÍAS.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita TERAPIA FÍSICA INTEGRAL, No. 10, IDX LIGAMENTITIS, PUBALGIA DBT GESTACIONAL PLAN VAL PRIORITARIA POR NUTRICIÓN, METFORMINA, GLUCOMETRIAS, INCAPACIDAD LABORAL, TERAPIA FÍSICA, 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 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación).

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: consultar por urgencias si presenta sangrado genital si el feto no se mueve si presenta salida de líquido amniótico que le mojen las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estómago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azúcares y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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 GINECOLOGÍA EN DOS SEMANAS

DÍAS DE INCAPACIDAD: 3 día(s)

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

ATENCIÓNES 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. Ginecología y Obstetricia.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 Teléfono: 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 valoración.

Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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

Síntomas 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
Peso Pregestacional: 67 Kg
Peso: 69.5 Kg
Talla: 1.63 m
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 25.22

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 moje las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azucars y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. Ginecología 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 política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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 ASINTOMÁTICA, TOMA MICRONUTRIENTES. TRAE ECO GENÉTICA DEL 24 AGOSTO BIOMETRÍA CONCORDANTE, DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO, TAMIZAJE NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIA, YA INICIO ASA EN LAS NOCHES, HB GLICOSILADA DEL 5 AGOSTO EN 5.1, PARACLÍNICOS 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

Síntomas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 17.

Triste/deprimida: No
Preocupada poco interés: No.

ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL

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 .



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C

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) Sobre peso para la edad gestacional

Ganancia de peso: 139.86 gramos por semana - Fuera de lo esperado

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

Química Sanguínea

1. Hormona Estimulante Tiroidea (TSH) (μUI/ml): 0.6

Inmunología

1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.20

Análisis de Laboratorio

1. Frotis de flujo vaginal: Vaginosis bacteriana,

Imageneología

Fecha de realización: 24/08/2021 00:00:00

Ecografía Obstétrica

1. Edad Gestacional Ecografía Obstétrica (Sem): 14.0.
2. Edad Gestacional por Biometría (Sem): 14.0.
3. Placenta: Placenta normo inserta.
4. Restricción de crecimiento intrauterino: No.
5. Malformaciones: No.
6. Anomalías: No.
7. Observaciones: DOPPLER DE UTERINAS ALTERADO.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 amniótico que le mojen las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azúcares y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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. Ginecología y Obstetricia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

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 Teléfono: 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 valoración.

Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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
 Síntomas 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 BIOPSIOSOCIAL

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cardíacos 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 moje las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azucres y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 crónicas (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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 18.

Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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 insulín dependiente 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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 género? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), SE RECOMIENDA EL USO DE PRESERVATIVO UNO POR CADA RELACION SEXUAL PARA PREVENIR ITS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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,

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo o 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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 ?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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)?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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)?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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 o 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumió o 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.
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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

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

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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. Enfermería.

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 Teléfono: 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 Psicología 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
 Síntomas urinarios: No
 Servicio de urgencias: No
 Movimientos fetales: No
 Contracciones Uterinas: No
 Sangrado Genital: No



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 BIOPSIOSOCIAL

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 18.

Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 98 %
Temperatura: 36.5 °C
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 íntegra, pezones no invertidos, sin secreción, no adenopatías

Cardiovascular: Ruidos cardíacos 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 Psicología y Nutrición. Odontología: ya valorada, no recuerda la fecha.

Embarazo planeado, no preconcepcionales, no ácido fólico.

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: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 estómago 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-med icarse, 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 estómago 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-medikarse, 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 18.

Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Datos del profesional de la salud: MARIA EUGENIA PRADO PIZO. Reg. Médico. 34557109. Enfermería.

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 política 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 sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico para covid 19.

acude para Pruebas duales, orden de laboratorios del segundo trimestre

Paciente de 35 Años de edad, G2P1

con fecha de última 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 pérdidas vaginales de sangre o líquido, no dolor bajo, percibe movimientos fetales, no síntomas premonitores toma gestavit dha

asistió a nutrición, sicóloga

vacuna del covid 1 dosis el 17/08/2021, 2 dosis el 07/09/2021

tetano e influenza el 27/08/2021.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No

Trastornos visuales: No

¿Ha tenido vómitos?: No

Síntomas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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) Sobre peso 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 cardíacos 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 18.

Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Edad Gestacional

1. Semanas Edad Gestacional: 21.1

Inmunología

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 semanas

Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,

Se orienta en lactancia materna, alimentación

se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones

se da orden de laboratorios del segundo trimestre

Se da asesoría pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas duales de vih-sífilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente

se da asesoría posttest de vih

Se remite al médico con resultados

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V1 C0 E0 A0 V0 M0

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (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 transmisión 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 citología 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 transmisión 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 asesoría 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 transmisión 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.

Asistió a odontología: Si.

Asistió a consulta de planificación: No.

Motivo Inasistencia a Cita de Planificación: pendiente.

Asistió a nutrición: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 asesoría pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sífilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente

se da asesoría posttest 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 asesoría pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sífilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente

se da asesoría posttest 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 asesoría pretest de vih, se hace firmar consentimiento informado, se informa sobre las pruebas rápidas dualesde vih-sífilis, hepatitis B se realiza el procedimiento, se informa a la gestante los resultados se registran en el campo correspondiente

se da asesoría posttest 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 18.

Médico Tratante: YISELL GUERRA N .

Se da asesoría 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 posttest de vih

Se remite al médico con resultados, No relaciones sexuales tres días 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 eman

Se dan recomendaciones generales, se refuerzan signos y síntomas de alarma ,

Se orienta en lactancia materna, alimentación

se recomienda el uso del preservativo con el fin de evitar infecciones

se da orden de laboratorios del segundo trimestre

Se da asesoría 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 posttest 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
- Vómito incontrolable
- Expulsión de líquido 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. Enfermería.

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 Teléfono: 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 ecografía de tercer nivel.

Enfermedad Actual: Se atiende presencial utilizando todos los elementos de protección por pandemia covid 19 , siguiendo y cumpliendo lineamientos de salud pública y de sanitas

Paciente de 35 años, procedente de Popayan. Gs A+ , G2P1 Ahora cursando con embarazo de 19.3 semanas, ingresa para solicitar ecografía de tercer nivel, está en seguimiento con psiquiatría 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 Psicología y Nutrición. 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

Síntomas urinarios: No

Servicio de urgencias: No

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 BIOPSIOSOCIAL

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 cardíacos 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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 psiquiatría 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 Psicología y Nutricion. Odontología: 17/7/2021

Embarazo no planeado pero deseado, no preconceptionales, 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 psiquiatría 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 Psicología y Nutricion. Odontología: 17/7/2021

Embarazo no planeado pero deseado, no preconceptionales, 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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-medikarse, 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¿

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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-medikarse, 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. Enfermería.

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 Teléfono: 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 bajo , no percibe movimientos fetales , no síntomas premonitores

toma ácido fólico, hierro, gestavit dha

asistió a nutrición, sicología

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

Síntomas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C

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) Sobre peso para la edad gestacional

Ganancia de peso: 318.18 gramos por semana - Fuera de lo esperado

Superficie corporal: 1.79 m2

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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
- Vómito incontrolable
- Expulsión de líquido 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. Enfermería.

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..

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 ginecología para toma rápida 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 riesgo

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 psicoactivas

Antecedentes familiares: MADRE Y ABUELA MATERNA HTA TI MATERNASO DIABETICO

Antecedentes personales: FUM 10/05/2021 -EB DE 11.2 SEMANA

Violencia intrafamiliar (NO)

Planificación: NIEGA

Citología: 29/08/2020 negativa para lesión intraepitelial..

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Órganos 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 Anexos: 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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..

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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**ANÁLISIS**

Paciente de 35 años, gestante de 11.2 semanas , remitida de ginecología 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 citología 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 paraclínicos 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%,.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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
- Vómito incontrolable
- Expulsión de líquido 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. Enfermería.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 57196853. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3236240-1-1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 Teléfono: 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 ecografía Genética.

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 ecografía Genética

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, ácido fólico, hierro

asistió a nutrición, sicóloga.

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No

Trastornos visuales: No

¿Ha tenido vómitos?: No

Síntomas 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 °C
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 cardíacos 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 Ecografía obstetrica con translucencia nual, 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 .

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 crónicas (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.

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.



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.



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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSEBO

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SFXO: Femenino

FTNIA: 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.

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 insulín dependiente 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 FÍSICA

(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

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

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

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**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?: estrés 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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.

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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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.

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.

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. ¿Consumo o 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

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 cutáneas 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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 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.

(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.

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 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.

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 cutáneas 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 o 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

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.

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 cutáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo o 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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)

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

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. ¿Consumo 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo 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?

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 cutáneas 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. ¿Consuma 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.

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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 ?

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, hemodialis 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 tenía 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 espontáneas 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 Teléfono: 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 endocrinología 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 endocrinología telemedicina.

REVISIÓN POR SISTEMAS



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 coronaria

: 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.

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

Hipoglucemia

1. ¿El paciente ha presentado hipoglucemia?

: 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 FÍSICO - 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 °C

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 cardíacos 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.

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 valoración de primera vez por endocrinología telemédica

Glucometrías
AD 92 89 94 92
DD 120 120 120 105
DA 96 93 98 112
DC 106 121 115 124

Concepto endocrinología: Paciente remitida por diabetes gestacional, actualmente refiere uso de biguanida, no cuento con registro completo de glucometrías pero últimas evaluadas se encuentran en metas, sin embargo dado recomendaciones de guías clínicas en diabetes gestacional se prefiere como primera elección el manejo con insulinización en este caso insulina nph, por lo que se indica inicio a 10 ui al día, se indica control en un mes con glucometrías, suspensión progresiva de metformina se da orden por el momento de metformina 500 mg vía oral día, se explica a paciente, cuidados en hábitos nutricionales ya actividad física.

Se formula NPH y se icta a control en 1 mes por endocrinología telemédica

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 subcutánea) 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,

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 endocrinología 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. Endocrinología.

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 gestacional.

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 patológicos: diabetes gestacional

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes farmacológicos: metformina 850 mg cada 12h, gestavit, asa 100 mg vía oral día.

Antecedente quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: tío paterno dm tipo 2, madre , abuela materna hta

Antecedentes tóxicos: fumadora hasta hace 8 años , fumadora por 10 años social G2A0P1C0 fur 10 mayo 2021

Glucometrías:

predesayuno 92, 90, 92, 89, 94

1 hora postdesayuno 100

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

****+Paraclínicos ****

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: Ecografía obstétrica, doppler de circulación fetoplacentaria: feto simétrico con crecimiento de percentiles adecuados (percentil 22.5) para su edad, gestacional de 34 semanas, perfil hemodinamico normal , doppler de arterias uterinas normal.

EXAMEN FÍSICO - 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 guías clínicas en diabetes gestacional se prefiere como primera elección el manejo con insulínización en este caso inuslina nph , por lo que se indica inicio a 10 ui al día, se indica control en un mes con glucometrias, suspensión progresiva de metformina se da orden por el momento de metformina 500 mg vía oral día, se explica a paciente, cuidados en hábitos nutricionales ya actividad física.

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

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 crónicas (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.



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.



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.



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.

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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

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 insulino dependiente 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 FÍSICA

(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

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

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

**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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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.

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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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 médica 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

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.

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. ¿Consumo o 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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

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

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. ¿Consumo o 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 tenía 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.

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 cutáneas 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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 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 tenía 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.

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 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.

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 cutáneas 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 o 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

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.

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 cutáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo o 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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)

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

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 tenía 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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

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. ¿Consumo 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo 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?

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 cutáneas 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. ¿Consuma 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.

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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 ?

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 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 tenía 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 espontáneas 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 Teléfono: 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 PARACLINICOS.

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 FÍSICO - 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 °C
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,

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 cardíacos 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 PARACLINICOS, 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 ciática (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 PARACLINICOS, 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

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 MENUENDO 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:

RESTRICCIÓN DE FRITOS, DISMINUCIÓN DE CONSUMO DE SAL
COMER VERDURAS Y FRUTAS (5 PORCIONES EN EL DÍA).

BEBER AGUA 1 a 2 lt (si no tiene problemas de corazón), NO ENDULCE JUGOS.

RESTRICCIÓN DE HARINAS: PAPA PLÁTANO YUCA PAN ARROZ PASTA.

GRANOS 2 VECES POR SEMANA.

CONSUMA MÁS AMENUDO CARNES BLANCAS: POLLO PEZ (SIN PIEL), LÍMITE EL CONSUMO DE CERDO Y RES. EVITE EMBUTIDOS: SALCHICHA JAMONETA.

NO CONSUMA GASEOSAS NI ALIMENTOS PROCESADOS.

LÁCTEOS 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

ATENCIÓNES 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 Belalcázar Hernández. Reg. Médico. 1061723915. Medicina General.

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.

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 Teléfono: 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: PÁCIEN TE EN DÍA 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 PLANIFICANDO ACTUALEMTE.

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 FÍSICO - 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 °C

Peso: 66 Kg

Talla: 1.64 m

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 PANTORRILLA. 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 espejulo (NO SE REALIZA), Genitales externos (NORMOCONFIGURADOS), Observaciones: SANGRADO VAGINAL ESCASO A LA PRESION SOBRE HIPOGASTRIO .

Examen obstétrico: NO APLICA.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE 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 PLANIFICANDO ACTUALEMENTE-- 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: PACIENTE 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 PLANIFICANDO ACTUALEMENTE-- 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

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 Teléfono: 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 DURANTE 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

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 FÍSICO - 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 °C
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: SIMÉTRICAS TURGENTES ADECUADA SECRECIÓN LACTARIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN .
Cardiovascular: Ruidos cardíacos 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 ÚTERO TÓNICO BIEN CONTRAÍDO 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 DÍAS POST PARTO VAGINAL INSTITUCIONAL CLÍNICA LA ESTENCIA PRODUCTO ÚNICO
SEXO FEMENINO EN BUEN ESTADO GENERAL, LA AMBROSIA CURSO CON DIABETES GESTACIONAL REFIERE GLUCOMETRIAS DE

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 SECRECIÓN LACTEA SIN INFECCIÓN , 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: Atención y examen inmediatamente después del parto (Z390), Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra , No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Atención y examen de madre en período de lactancia (Z391), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 2: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción (Z300), Confirmado nuevo.

ASESORÍAS**PRE_TEST DE PLANIFICACIÓN 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 INSTITUCIONAL CLÍNICA LA ESTENCIA PRODUCTO ÚNICO SEXO FEMENINO EN BUEN ESTADO GENERAL, LA MADRE CURSO CON DIABETES GESTACIONAL REFIERE GLUCOMETRIAS DE CONTROL ELEVADAS , EN EL MOMENTO MADRE AFEBRIL HIDRATADA SIGNOS VITALES ESTABLES LACTANDO A SU HIJA DE FORMA ADECUADA, MAMAS NORMALES SECRECIÓN LACTEA SIN INFECCIÓN , 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 ..

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



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 crónicas (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.

**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.



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.

**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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSEBO

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SFXO: Femenino

FTNIA: 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.

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 insulínoddependiente 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 FÍSICA

(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

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

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



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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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



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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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



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?: estrés 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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.

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 neoplásicas hematológicas: No.
- 11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 12. EPOC: No.
- 13. Hemoglobinuria paroxística 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 RIESGOAntecedentes 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.

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.

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. ¿Consumo o 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

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 cutáneas 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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 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.

(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.

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. ¿Consumo 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.
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.

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

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.

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 cutáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo o 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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)

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

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. ¿Consumo o 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo 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?

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 cutáneas 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 tenía 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.

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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 ?

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 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 tenía 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 espontáneas 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. Ginecología 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 Teléfono: 3103805827.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO.

Motivo de consulta: asiste a valoración.

Enfermedad Actual: Paciente que se atiende con política de bioseguridad por pandemia de covid.19 lavado de manos bata monogafas gorro y mascarilla. La paciente acepta la atención bajo estos cuidados. De forma presencial. Afirma no tener cuadro de tos, fiebre, contacto con personas sintomáticas ni factor de riesgo epidemiológico 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 REFIERE CEFALEA OCASIONAL, MOVIMIENTOS FETALES, TOMA ENSOY DBT, GESTAVIT, METFORMINA (3



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 PARA CLINICOS 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
Síntomas 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



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.



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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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, RECOMENDACIONES 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

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, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, POMEROY POSPARTO.
2. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL, No. 1, PLAN ECO DOPPLER, REMISION A III NIVEL, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PRIORITARIO POR MED MATERNO FETAL.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**REMISION**

1. Se solicita remisión Ginecología 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 mojen las piernas, debe acudir si presenta contracciones fuertes y seguidas o si presenta dolor de cabeza intenso con ardor en la boca del estomago si presenta edemas de extremidades muy fuertes.

Sebe consumir alimentos bajos en azucars y grasas presentar una dieta balanceada con abundantes verduras ricas en vitamina 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 crónicas (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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SFXO: Femenino

FTNIA: Mestizo

Número de Control: 1.

Médico Tratante: MONICA GAVIRIA

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X). en Madre.

04/11/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente 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 insulínoddependiente 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 insulínoddependiente 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 insulínoddependiente 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 insulín dependiente 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 insulínodépendiente 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 insulínodépendiente 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 insulínodépendiente 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 azúcar, pocas harinas

(02/03/2022) :: Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), poca azúcar, pocas harinas.

(21/02/2022) :: Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días) poca azúcar pocas harinas

(26/01/2022) :: Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días) poca azúcar pocas harinas

(29/11/2021) : : Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días) TRES COMIDAS CON DOS BEBIDAS

(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**

peso? (No). ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), **TRES COMIDAS CON DOS REF RIGOROSOS**
(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**

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**

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

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

peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), ¿TRES COMIDAS CON DOS REFINERÍAS (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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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,

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 médica 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 cutáneas 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 cutáneas 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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 ?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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)?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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)?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
 ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 1.

Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumió o 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.
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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

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

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. Enfermería.

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.

Nº 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 últimos 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 último mes?: No.

5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maníaco, en los últimos 3 meses?

: No.

6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o pérdidas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 1.

Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V2 C0 E0 A0 V2 M0

EXAMEN FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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 vasectomía.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 vasectomía.

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 transmisión 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. Enfermería.

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 Teléfono: 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 Telesistencia.

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 1.

Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

Antecedentes personales: Diabetes gestacional

Antecedentes familiares: Madre y abuela materna HTA , Tio materno DM

Immunización 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 últimos 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 último mes?: No.

5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maníaco, en los últimos 3 meses?

: No.

6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o pérdidas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C
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**CONSEJERÍA 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 Belcazar)

Método de planificación elegido: Oclusion tubarica bilateral , se realiza consejería 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 recién 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, aromáticas 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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: Teleorientación en lactancia materna. Complicaciones: No.

ASESORÍAS

PRE_TEST DE LACTANCIA MATERNA

- Asesoría 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 pezón: 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 1.

Médico Tratante: MONICA GAVIRIA.

SEGUNDOS

¿ NO HACER USO DE TELÉFONOS 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, aromáticas 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. Enfermería.

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 Teléfono: 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 protección por pandemia covid 19, siguiendo y cumpliendo lineamientos de salud pública 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: 1ºdosis: 17/08/2021 2ºdosis: 7/09/2021 Biológico: pfizer

Ya valorada por Psicología y Nutrición. Odontología: 17/07/2021

Embarazo planeado, no preconcepcionales, no ácido fólico.

Refiere adecuadas redes de apoyo social y familiar, no situaciones estresantes, no maltrato, no consumo de alcohol, no fuma, no consumo de SPA.

Refiere dolor de cabeza en ocasiones toma acetaminofen, niega otros síntomas

DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: Si

Trastornos visuales: No

¿Ha tenido vómitos?: No

Síntomas urinarios: No

Servicio de urgencias: No

Movimientos fetales: No

Contracciones Uterinas: No



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 BIOPSIOSOCIAL

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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 FÍSICO - 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 °C

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 cardíacos 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

Inmunología

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 medianan materno 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 transmisión 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 asesoría 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 transmisión sexual y el VIH : Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 Acetilsalicílico 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 median 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 median 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 median 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 median 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 materno 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 materno 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 materno 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 materno 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 materno 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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-medikarse, 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¿



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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-medikarse, 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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 crónicas (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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 4.

FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100



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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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?: estrés 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: Sí, 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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 médica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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?



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 4.

24. ¿Consumo 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.
- 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

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 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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)?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo o 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

Número de Control: 4.

24. ¿Consumo 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.
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?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 o 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 tenía 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?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 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 tenía 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.



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 tenía 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 espontáneas 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: María Del Mar Puyo Muñoz. Reg. Médico. 25277803. Psicología.

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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 contemplado 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

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 crónicas (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.

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.



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.



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.



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

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

- ANTECEDENTES FAMILIARES

Impreso por: ydmunoz 11/09/2023 11:21:05 Página 5 de 50

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 insulín dependiente 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 FÍSICA

(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

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

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

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**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?: estrés 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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.

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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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.

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.

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. ¿Consumo o 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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

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

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

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 cutáneas 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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 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 tenía 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.

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 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.

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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)?

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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?

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

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.

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 cutáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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. ¿Consumo o 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

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)

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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

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 triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.

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 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

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. ¿Consumo 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?

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 cutáneas 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 tenía 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.

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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 ?

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 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 tenía 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 espontáneas 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 Teléfono: 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, última 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

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 autoinflingidas : 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
Etnia: 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 últimos 12 meses?
: No.
3. ¿La persona tiene o ha tenido problemas emocionales, 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 último mes?: No.
5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maniaco, en los últimos 3 meses?
: No.
6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o pérdidas 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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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.

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 taquialógico. 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 conservados, introspección y prospección presentes normales, conducta motora movimientos repetitivos con las 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, última 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 adherencia 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 médico instaurado, se educa sobre efecto terapéutico deseado y posibles efectos adversos de tratamiento se dan recomendaciones generales

Diagnóstico Principal: Trastorno mixto de ansiedad y depresión (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.

Cuídete 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.

DÍAS DE INCAPACIDAD: 5 día(s)



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

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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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 , ciática, dorsalgia cervicalgia, se deriva a fisioterapia por evolucion torpida a manejo medico y fisioterapia, se explica de enfermedad actual y tratamiento a seguir así 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 ciática (M544), Impresión diagnóstica.

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 Liberación 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 acudir 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. Psicología.

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.

**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 Teléfono: 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, DOLOR 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 ***

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 Teléfono: 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

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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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 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: Infección de vías urinarias, sitio no especificado (N390), Impresión diagnóstica.

Diagnóstico Asociado 2: Síndrome del colon irritable sin diarrea (K589), Impresión diagnóstica.

Diagnóstico Asociado 3: Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios] (G470), Impresión diagnóstica.

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 Liberación 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 ácido) 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 acudir al servicio de urgencias.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

ATENCIÓNES 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.

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 Teléfono: 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, última 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 últimos 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 último mes?: No.

5. ¿La persona presenta o ha presentado alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento anormal, psicótico o maníaco, en los últimos 3 meses?

: No.

6. ¿La persona presenta o ha presentado afecto o síntomas depresivos, o pérdidas 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 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 FÍSICO - 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 °C
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 cardíacos 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,

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 fortalezas 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 depresión (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. Obligate 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. Cuidate 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. Psicología.

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 Teléfono: 3103805827.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

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, DOLOR 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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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 crónicas (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 GINECOBSTÉRICOS

(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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente 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 insulino dependiente 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 insulino dependiente 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

? (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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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 esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter 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

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

(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 neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística 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 nefrítico: 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 cutáneas 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)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas 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. ¿Consumo 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?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: No.

43. ¿Tiene hemorragias espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

24. ¿Consumo 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
(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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 tenía 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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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.

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

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas 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. ¿Consumo o 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 espontáneas 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 cutáneas 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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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. ¿Consumo 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.

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)

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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. 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

(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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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)?
: 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?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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 triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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 tenía 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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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. ¿Consumo 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.

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

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.

(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. ¿Consumo 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.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 tenía 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. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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 tenía 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 espontáneas 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 cutáneas 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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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.

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

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.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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. ¿Consumo 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 ?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

: 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.

Índice 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

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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 , CHOCOLATE 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



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 1085897930

Consulta no presencial

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 1085897930

SEXO: Femenino

ETNIA: Mestizo

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

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

REVALORACION MEDICA

Nº Historia Clínica: 1085897930

Nº Folio:

4

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO

Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 4 Meses / 7 Días

Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES

Procedencia: PASTO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Plan Beneficios: PGP - EPS SANITAS SAS

Finalidad Consulta: No_Aplica

Identificación: 1085897930

Sexo: Femenino

Estado Civil: UnionLibre

Teléfono: 3103805827

Ocupación:

Régimen: Contributivo

Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL II

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
Especialidad**

NATALIA SOFIA PANTO VILLAREAL
 MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional 1085332804

INDICACION MEDICA
REVALORACION MEDICA

Nº Historia Clínica: 1085897930

Nº Folio: 4 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 4 Meses / 7 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: PGP - EPS SANITAS SAS
Finalidad Consulta: No_Aplica

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL II
Causa Externa: Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación:

Salida

Detalle:

PLAN
EGRESO
DICLOFENACO EN GEL APLICAR CADA 12 HORAS
NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 HORAS
METOCARBAMOL 750 MG VO CADA 8 HORAS
SE DA ORDEN DE CITA DE CONTROL CON MEDICINA GENERAL
SE DA INCAPACIDAD MEDICA
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS

3. SE DA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

- EVITAR CONSUMO DE CAFÉINA
- 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

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: Cédula Ciudadanía 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 IZQUIERDO ASOCIADO A CEFALEA REFIERE CUADRO INICOA POSTERIOR A TENSION POR EVENTO LABORAL, AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, A FEBRIL, SINS IGROS DE DIFICULTAD RESPRITARIA, GLASGOW 15/15

Revisión del Sistema:
Respiratorio:NO REFIEREGastrointestinal:NO REFIEREPiel y Faneras:NO REFIEREPsicossocial:NO REFIEREOrganos de los Sentidos:NO REFIEREgenitourinario:NO REFIERE
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 IZQUIERDO ASOCIADO A CEFALEA REFIERE CUADRO INICOA POSTERIOR A TENSION POR EVENTO LABORAL, AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, A FEBRIL, SINS IGROS DE DIFICULTAD RESPRITARIA, 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 SGUIR 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 APLICAR CADA 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 RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO D URGENCIAS 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

Examen Físico:
- FC:75- Diastólica:70,0000- TAM:87- Signos Vitales: TA122,0000CABEZA: NORMOCEFALO, NO MASAS , NO HUNDIMINOTOS, 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 INDEMNUE 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 SOBREGREGADOS.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, PUÑO 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 CERVICALSNC: 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 LARGO PLAZO 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 IZQUIERDO ASOCIADO A CEFALEA REFIERE CUADRO INICOA POSTERIOR A TENSION POR EVENTO LABORAL, AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, A FEBRIL, SINS IGROS DE DIFICULTAD RESPRITARIA, GLASGOW 15/15

Resultado Examen:

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº80481

Fecha de Registro: 26/08/2023

INFORMACIÓN GENERAL

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
Especialidad 385 - MEDICINA GENERAL
Identificación 1085332804

Tarjeta Profesional 1085332804

SOFIA PANCHO

Pagina 1/1

Fecha Actual : sábado, 26 agosto 2023

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
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
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 DESENCADAN 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 REFIERErganos de los Sentidos:NO REFIEREGenitourinario:NO REFIEREOsteomuscular:NO REFIEREInfático: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 AMBULATORIAMENTE, SE IDNCIA ADIISTRACION DE MEDICAICON Y REALORACION CLINICA

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:

ESTABÍL EHMEODINAMICAMENT AFGEBRIL EN BUE ASONCIDIOCNE GENERALS

Indicación y Recomendaciones del Paciente:

EGRESO MANEJO AMBULATORIO.

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 SOBREGREGADOS.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, PUÑO 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 PROBLEMA ESTA RELACIONADO CON PUESTO DE TRABAJO

Justificación:

EPICRISIS Y/O CONTRARREFERENCIA
Nº150240

Confirmado

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 08/septiembre/2023 02:53 p. m. **Ingreso:** 419338
Médico: JHONNATAN ZUÑIGA JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
Informacion 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
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 OCNSEVADO
 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:

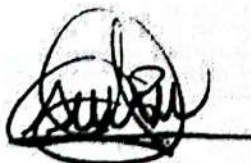
Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICO EGRESO

CÓDIGO	NOMBRE	HC
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	<input checked="" type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
B05008	CLORURO DE SODIO 100 ML 0.9 % BOLSA	<input checked="" type="checkbox"/>
DMIIA-088	EQUIPO MACROGOTEO PARA ADMINISTRACION DE SOLUCIONES	<input checked="" type="checkbox"/>
DMIIA-103	JERINGA 10 ML 21 G X 1 1/2	<input checked="" type="checkbox"/>
DMIII-015	CATETER INTRAVENOSO 18G X1 1/4"	<input checked="" type="checkbox"/>
H02013	DEXAMETASONA 8 MG /2 ML FOSFATO SOLUCION INYECTABLE	<input checked="" type="checkbox"/>
M01007	IBUPROFENO 400 MG TABLETA	<input checked="" type="checkbox"/>
N02011	DIPIRONA SODICA 1 G /2 ML SOLUCION INYECTABLE	<input checked="" type="checkbox"/>
N06012	FLUOXETINA 20 MG TABLETA CUBIERTA	<input checked="" type="checkbox"/>



Profesional
Especialidad

JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
 385 - MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional 1085310145

Usuario: JHONNATAN ZUÑIGA

Página 2/2

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023

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
Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 **Edad Actual:** 37 Años / 4 Meses / 20 Días
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan Beneficios: PGP - EPS SANITAS SAS
Nº Ingreso: 419338
Finalidad Consulta: No_Aplica

Identificación: 1085897930 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3103805827
Ocupación:
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I
Fecha Ingreso: 8/09/2023 11:31:53 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General
Cama:

Diagnóstico:

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

MEDICAMENTOS

Medicamento: M01007 IBUPROFENO 400 MG TABLETA
Concentracion: 400 MG **Unidad:** TABLETA
Observaciones: 1 TAB CADA 8 HORAS

Vía Administración: Oral

DE CONTROL	Cant Diaria	No Días (Horas)	Cant Total
------------	-------------	-----------------	------------

3 5 15



Profesional
Especialidad

JHONNATAN STEVEN ZUÑIGA MORA
385 - MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional 1085310145

JHONNATAN ZUÑIGA

Pagina 1/1

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION



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, confíe 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 específica 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.

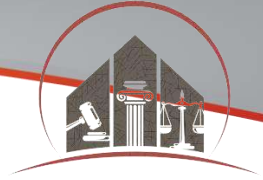
315-328-4884

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 integral 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



Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL



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

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

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

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

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

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,



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



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

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 ante 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.

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.

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	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			
APBe:	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, REFEIRE QUE FUE HOSPITALIZADA EN EL MES DE DICIEMBRE EN HOSPITAL SIQUIATRICO, EN EL MES DE MARZO DE 2023 INGRESA A HOSPITALIZACION DIA, EN EL MES DE MARZO INICIA DOLOR GENERAL, CEFALIAS, SENSACION DE OPRESION, DOLOR DE REGION LUMBAR, DOLOR CERVICAL, DOLOR DE TIPO CONSTANTE, ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES: DEPRESION ANSIEDAD, FIBROMIALGIA, NIEGA INDAGADAS 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 DE AMBULACION 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, TUERAS, PATALEOS Y BRAZADAS EN INMERSION, 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 SEGUN TECNICA DE MCKENZIE ADAPTADO A MEDIO ACUATICO APLICANDO DIFERENTES RESISTENCIAS A TOLERANCIA FORTALECIMIENTO DE LA FAJA ABDOMINAL Y OBLICUA SEGUN 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, REFEIRE DOLOR GENERALIZADO CALIFICADO EN 9/10 SEGUN 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, REFEIRE 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		
Categoría:	Diagnóstico Principal		



HOSPITAL CIVIL DE IPIQUES 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: Ninguna de los Anteriores
Email: ADMISIONES@HCLGOV.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: Ipiques
Dirección: Mz F Casa 6 Barrio Lirios Norte
Teléfono: 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
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Edad en la atención: 37 Año(s)
Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Tipo de Usuario: Contributivo
Autorización: 232568440192

Poliza:
Servicio de ingreso: Urgencias Consulta Y Procedimientos

Datos del acompañante

Tipo: Familiar Nombre: Oscar Yela Esposo

Dirección: Mz F Casa 6 Barrio Lirios Norte
Teléfono: 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/m² FC: 78 Min. FR: 24 Min. Temp: 37.00 °C PA: 90/60 TM: 70 Saturación: 95.00 %

Hallazgos Clínicos: Paciente en regular estado de salud, glasgow 15/15 puntos, niega síntomas respiratorios

Impresión Diag:

Clasificación:

Conducta:

Triage III

Urgencias. Área de atención CONSULTORIOS 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

Tipo: (890201) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Profesional: Fabio Leandro Lopez Sarasty (medicina.)

Identificación: CC 87219571

Anamnesis

Finalidad:

Motivo de Consulta:

No Aplica

REFIERE ESTA ANSIOSA Y TIENE DOLOR DE CABEZA/ antecedentes de trastorno mixto de ansiedad y depresión



HOSPITAL CIVIL DE IQUIITOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.
Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949
NH. 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 CONSISINTENTE EN DOLOR GENERALIZADO CEFALOCAUDALMENNTE CEBEZA CUELLO COLUMAN DCERVICODROSAL Y LUMABAR PACIENTE CON ANTENCNTE DE TRSTNSO DE ANSIEDAD Y DEPRSION MANEJADA CON PRÉGABALINA 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: MADRÉ 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/m² 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 CORAZÁN RÁLTMICO
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 NAALES PERMEABLES
Oídos: 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 SIMETRICAS FUERZA CONSERVADA
Revisión por Sistema: NIEGA
Sintomático Respiratorio: No
Sintomático de Piel: No
Trastornos mentales: No
Neurológicos-Consumo SPA:
Sintomático Nervioso No
Periférico:
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 EXTRMIADEN INFEIIORES 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 .)	Identificación:	CC 87219571		
Código	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duración	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.



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 1.00 UNID INTRAMUSCULAR Cada AHORA A Partir De 12:00:49 1 Dia(s) 1 1 AMP.
inyectable 10 ML

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 1.00 UNID ORAL Cada 8 HORAS A Partir De 12:00:49 3 Dia(s) 9 9 TAB.
MG Tableta 750 MG

Nota: 1 TABLET CAD 8 HORA
19906237 PREDNISONA 50MG TAB PREDNISONA 1.00 UNID ORAL Cada 12 HORA A Partir De 12:00:49 3 Dia(s) 6 6 TAB.
50MG TAB Tableta

Nota: 1 TABLET CADA 12 HORA

Observaciones:

• Incapacidad

Lugar: Fecha: 04/11/2023 Hora: 12:05:15 Profesional: Fabio Leandro Lopez Sarasty. Identificación: CC87219571
(medicina.)

Presunto origen de la Enfermedad General
Incapacidad:

Incapacidad Retroactiva:

Grupo de Servicios:

Modalidad Prestación de Servicios:

Alcance:

Nota: PACIENTE CON DOLOR AGUIZADO 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. Identificación: CC 87219571
(medicina.)

Análisis de
Laboratorio e

Imágenes

Diagnósticas:

Tipo de Confirmado Nuevo

Diagnostico:

Diag. Principal: (M797) FIBROMIALGIA

Diag. (R101) DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Relacionado1:

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 BERNAL

• 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 BERNAL

• 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	2	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA

4/11/23, 12:32



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

BERNA

• Materiales

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 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@HCL.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 Casa 6 Barrio Lirios Norte
Telefono: 3103805827 - 3103805827

Administradora

ENTIDAD
PROMOTORA DE
SALUD SANITAS SAS

Tipo de usuario

Contributivo

Atención: 202311070297

Fecha y Hora de Ingreso: 07/11/2023 16:13:20

Identificación: CC 1085897930

Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Poliza:

Servicio de ingreso: Urgencias Consulta Y Procedimientos

Edad en la atención: 37 Año(s)

Nombre: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO

Tipo de Usuario: Contributivo

Autorización: 1085897930

Datos del acompañante

Tipo: Familiar Nombre: Oscar Yela Esposo

Dirección: Mz F Casa 6 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/m² FC: 91 Min. FR: 20 Min. Temp: 36.60 °C PA: 120/80 TM: 93 Saturación: 95.00 %

Hallazgos Clínicos:

Paciente en regular estado de salud, glasgow 15/15 puntos, niega síntomas respiratorios niega alergias, ansiedad, depresión antecedentes.

Impresión Diag:

Clasificación:

Triage III

Conducta:

Urgencias. Área de atención CONSULTORIOS 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: HCL

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:36:36

Profesional: Anggie Lizeth Gallego Hernandez.(medicina)

Identificación: CC 1144097981

Tipo:

(890701) CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Anamnesis

Finalidad:

No Aplica

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Motivo de Consulta:

Enfermedad Actual:

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E.

Carrera 1 No. 4A-142 ESTE AV. PANAMERICA - Tel:7733949

NII. 800084362-3

HISTORIA ELECTRONICA

Desde: 07 de Noviembre de 2023 Hasta 07 de Noviembre de 2023

CC 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO Nò. Historia - 305620

TENGO DOLOR MUSCULAR

Paciente de 37 años de edad, con antecedentes anotados, refiere cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en mialgias, refiere sensación de parestesias en miembros superiores derechos, además refiere cefalea holocraneana mal caracterizada, refiere medicación con moflex y prednisolona, además de tiamina, sin embargo refiere continuar con igual sintomatología por lo cual consulta, refiere sintomatología desencadenada 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/m²

Frecuencia Cardíaca: 91 Min

Frecuencia Respiratoria: 20 Min

Temperatura: 36.60 °C

Presión Arterial: 120/80

Tensión media: 93

Saturación: 95.00 %

Exámen Físico

Estado General: regulares condiciones generales, 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 cardíacos 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 meníngicos.
Nariz: Normal Tabique nasal íntegro, fosas nasales permeables, sin lesiones.
Oídos: Normal Pabellón auricular normo implantado, conductos auditivos permeables, membrana timpánica íntegra 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 isocóricas normoreactivas, escleras anictéricas, 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 sintomatología
Sintomático Respiratorio: No
Sintomático de Piel: No
Trastornos mentales: No
Neurológicos-Consumo SPA: No
Sintomático Nervioso: No
Periférico: No
Perímetro Abdominal: (50) Normal

Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas

Análisis:

Diagnóstico

Principal (M797) FIBROMIALGIA

Rela 1 (M545) LUMBAGO

Tipo Diagnóstico

Impresión Diagnóstica

Impresión Diagnóstica

Plan de Manejo y Recomendaciones

Destino:

AMBULATORIO

Recomendaciones:

Paciente de 37 años de edad con antecedentes anotados, con cuadro clínico descrito, en el momento en regulares condiciones generales, se da manejo sintomático, y se da orden de valoración 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
Nº. 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 Impresión Diagnostica
Diagnostico:
Diag. Principal: (M797) FIBROMIALGIA **
Diag. (M545) LUMBAGO
Relacionado1:
Diag.
Relacionado2:
Diag.
Relacionado3:
Diag.
Relacionado4:

• Ordenacion

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:48:13

Profesional:Anggie Lizeth Gallego Hernande.
(medicina .)
Identificación:CC1144097981

Orden: Ambulatoria
Cod CUPS. Cod SOAT. Nombre Sede: HCI 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. Identificación:CC1144097981
(medicina .)

Presunto origen de la Enfermedad General
Incapacidad:
Incapacidad Retroactiva:
Grupo de Servicios:
Modalidad Prestación de Servicios:
Alcance:
Nota: SE DA INCAPACIDAD POR 2 DIAS
Días: 2 Fecha Inicia: 07/11/2023 Fecha Terminación: 08/11/2023
Urgencias o internación del paciente
Consulta externa
Intramural
Prorroga

• Prescripción

Fecha y Hora: 07/11/2023 17:48:42 Profesional: Anggie Lizeth Gallego Hernande.(medicina .) Identificación: CC 1144097981

Codigo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duración 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.
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.
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.
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.
B05B5004704	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.
A2000226505	CATETER VENOSO G-20	1.00 UNID	NO APLICA	Cada AHORA	A Partir De 17:48:42	1 Dia(s) 1 1 UNI.
IM15180201152	EQUIPO VENOCISIS MACROGOTEO EQUIPO VENOCISISMACROGOTEO	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
NII. 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 VENOCISIS MACROGOTEO	1	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA BERNAL

• 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 1/2	3	UNIDAD	*	GINNA FERNANDA BERNAL

• 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 BERNAL

• Materiales

Orden	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Cantidad	Unidad	Indicaciones	Profesional
URGENCIAS								

• Liquidos Administrados

Orden	Fecha	Hora	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 BERNAL

• 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 BERNAL



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:

Atendido Por:

Anggie Lizeth Gallego

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

William Erazo

WILLIAM ALEXANDER ERAZO TAPIA
ADMINISTRATIVO

Parametro no encontrado o sin Valor: FirmAdmi

Impreso Por:

William Erazo

WILLIAM ALEXANDER ERAZO TAPIA
ADMINISTRATIVO

REPORTE DE TRIAGE

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	<input type="checkbox"/> 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 REDIRECCIONAMIENTNO 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 BIOSEGURIDAD IMPUESTOS POR EL MINISTERIOR DE SALUD Y CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, TAPABOCAS N95, VISOR).

Hallazgos Positivos al Examen: PACIENTE AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CONSTANTES VITALES NORMALES, NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MV CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES NO SOBREALAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, SIN SIGNOS 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

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/> ACV	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Hospitalización reciente	<input type="checkbox"/> Infarto Reciente	<input type="checkbox"/> Anticoagulado	<input type="checkbox"/> Parto Reciente	<input type="checkbox"/> Otros Antecedentes	

Otros Antece:

Cirugias:

Alergias:

Medicamentos:

<input type="checkbox"/> Planifica	Método:	Natural	Fecha Última Regla:
------------------------------------	---------	---------	---------------------

ARRIBO A URGENCIAS

Tipo de Llegada: Caminando					
<input type="checkbox"/> Consulta Expontanea	<input type="checkbox"/> Remisión	<input type="checkbox"/> Collar Cervical	<input type="checkbox"/> Tabla Espinal	<input type="checkbox"/> Férula Extremidades	<input type="checkbox"/> Oxigeno
<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> S. Vesical	<input type="checkbox"/> Tubo de Torax	<input type="checkbox"/> Intubación traqueal	<input type="checkbox"/> Soat
<input type="checkbox"/> Consulta Externa HUB	<input type="checkbox"/> 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 ESPECIALIDAD

Recomendaciones:



**Profesional
Especialidad**

ORDOÑEZ ERASO DANNY ALEXANDER
MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional 87065826

DANNY ORDOÑEZ



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 AS
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

Acompañante
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 EUPSÍQUICO, 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

Paraclínicos Solicitados
NO

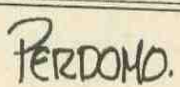
Proximo Control
3 MESES

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

1085246282
PSQUIATRA
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 AS
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 días

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
PSQUIATRA
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 ESPERA 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, ASÉRTIVOS 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 días

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 AS
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 AS
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-04-19 (37)	COD. SGSSS:	EP\$005
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
1085246282
PSQUIATRA
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 AS
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 días

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 -



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 períodos 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 tórax cuando tenía 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 espontáneas 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 (los 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(s), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)?
: No.

ATENCIÓNES 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 García 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: Telefono:

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 b de ansiedad y Depresión, refiere que presenta cuadro de 8 días de evolución consistente en cervicalgia cefalea o moderada intensidad, migrañas atípicas, se encuentra en tratamiento con psiquiatría con paroxetina, moflex. Hace 2 días con agudización de síntomas se encotro en urgencias se aplico analgesicos sin mejoría por lo que 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, oloscofia 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: DOLOR a la digitopresión en áreas musculares en miembros inferiores.
Osteomusculoesquelético: 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 Depresión, refiere que presenta cuadro de 8 días de evolución consistente en cervicalgia, cefalea e moderada intensidad, mialgias altralgias, se encuentra en tratamiento con psiquiatría con paroxetina, moflex. Hace 2 días con agudización de síntomas se encobro en urgencias se aplico analgesicos sin mejora. Se inicia manejo con pregabalina. se indica incapacidad medica por 3 días, Paciente esta pendiente valoración por psiquiatría 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 depresión (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 depresión).

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: VISUALES O AUDITIVAS UNA ALIMENTACIÓN SANA 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

DÍAS DE INCAPACIDAD: 3 día(s)



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 1065897930

Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO IDENTIFICACIÓN: CC 1065897930 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 FAMILIA.
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 HERMANOS, 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 FÍSICO - 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

INFORMACIÓN 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 TONO LABORAL, FISCAMENTE AGOTADA, SITUACION QUE ESTA AFECTANDO LA ESFERA FAMILIAR, SE ENCUENTRA EN PROCESO DE PENSIONARSE, SE ORIENTA A LA PACIENTE EN TECNICAS DE RESPIRACION DIAFRAGMATICA, CONTENCIÓN EMOCIONAL, CAPACIDADES DE AFRONTAMIENTO, PAUTAS DE AUTOCUIDADO.

SE SOLICITA CONTROL EN 30 DIAS

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Afecion 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: Afecion relacionada con el trabajo (Y96X); Trastorno mixto de ansiedad y depresion (F412). Finalidad: Diagnóstico. Descripción del procedimiento: VALORACION INIAL POR PSICOLOGIA.

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
Paciente: CC - 1085897930 - ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
Fecha de nacimiento: 15/04/1986
Régimen: 1 - Contributivo
Dirección Res.: 0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES
Teléfono: 3103805827
Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Acompañante:
Responsable:
Administradora: EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS
Fecha de Atención: 17/11/2023 23:14:24
Edad: 37 años 7 meses 3 días
Nivel: 2
Sexo: Femenino
Estado civil: Soltero
Carnet:
Teléfono:
Teléfono:
Tipo Vinculación: Cotizante

DATOS DE LA CONSULTA

Remitido: No
Glasgow: 15
Contra referencia: No
Valoración: Alerta
Triage: III
Motivo de Consulta: "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 HOLOCRAKEAL 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. Patológicos (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,
6. Farmacológicos	No	MEDICAMENTOSOS, NI DE NINGUNA SUSTANCIA, NO
7. Gineco - Obstétricos	No	EXPOSICION A HUMO DE LEÑA, NI DE NINGUN OTRO IRRITANTE.
8. Traumáticos	No	9-> PLANIFICACION: NO REFIERE
9. Otros	Si	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 9000011439
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 / meses 3 días Estado civil: Soltera
Regimen: 1 - Contributivo Nivel: 2 Carnet:
Dirección Res.: 0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES
Teléfono: 3103605527 Lugar: Pasto - Nariño
Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Acompañante:
Responsable:
Administradora: EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS
Teléfono:
Teléfono:
Tipo Vinculación: Colizante

Ginecológicos

Menarquía: 30/12/1899 A LOS 14 AÑOS
Última Mestruación: 12/11/2023
Último Parto: 30/12/1899 HACE 1 AÑO Y 8 MESES
Citología: 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. Cardíaca: 65.00 xMin Temperatura: 36.20 °C F. Respiratoria: 18.00 xMin
Peso: 65.70 Kg/m Talla: 1.63 Mts Presión: 129/79 Mm/g
Índice de Masa Corporal: 24.73 Superficie de Masa Corporal: 1.71m²

Apariencia:
INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, MARCHA NORMAL, ALERTA CONCIENTE, EN TIPO ESPECIO Y PERSONA.
Cráneo 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

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
Régimen:	1 - Contributivo	Nivel:	2
Dirección Res.:	0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES	Estado civil:	Soltero
Teléfono:	3103805827	Lugar:	Pasto - Nariño
Ocupación:	999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	Carnet:	
Acompañante:		Teléfono:	
Responsable:		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, BLANDÓ 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 HIDROAEREOS (+) PERISTALTISMO CONSERVADO.

Piel y faneras:

PIEL: TURGENTE, EUTRÓFICA, 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 OSTEOTENDINOSO 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

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
MEDICINA GENERAL

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
Régimen:	1 - Contributivo	Nivel:	2
Dirección Res.:	0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES	Estado civil:	Soltero
Teléfono:	3103805827	Carnet:	
Ocupación:	999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	Lugar:	Pasto - Nariño
Responsable:		Teléfono:	
Administradora:	EPS, SÁNTAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS	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
LEVOMEPRIMAZINA 25 MG VIA ORAL NOCHE POR 3 DIAS
ORDEN PARA VALORACION POR PSICOLOGIA AMBULATORIA
SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS
REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA INERENTES A SU PATOLOGIA DE BASE.
RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN 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 PROTECCION PERSONAL.
(SE ATIENDE AL PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 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

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
Régimen:	1 - Contributivo	Nivel:	2
Dirección Res.:	0 A N 3 - 12 LAS MERCEDES	Estado civil:	Soltero
Teléfono:	3103605827	Carnet:	
Ocupación:	999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION		
Acompañante:		Teléfono:	
Responsable:		Teléfono:	
Administradora:	EPS SANITAS / 6205 - CONTRIBUTIVOS	Tipo Vinculación:	Cotizante

Análisis:

PACIENTE FEMENINA CON CUADRO DE CEFALÉA 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 SIMTOMATICO SE DA FORMULA AMBULATORIA CON ASOLITOCOS 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

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

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Nury Andrea Coral
MEDICO
C.C. 1085250875

MEDFAM S.A.S
NIT 900243869
Calle 12 No. 32 - 58
Pasto - Narino

Nury Andrea Coral Rosero - Medicina General
CC 1085250875 - RM. Registro médico 1085250875

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

- Impreso: 30/10/2023, 15:07:47

Original Impresión realizada por: nuacoral

Página 1 de 4

Firmado Electrónicamente



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 RÓSERO
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

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 enfermedad General
Incapacidad:

Días: 1 Fecha Inicia: 04/11/2023

Fecha Terminación: 04/11/2023

Incapacidad Retroactiva:

Grupo de Servicios:

Modalidad Prestación de Servicios:

Alcance:

Urgencias o internación del paciente

Consulta externa

Intramural

Prorroga

Nota: PACIENTE CON DOLOR AGUDIZADO 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 ESTADOHOSPITAL 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
Número de cédula: CC 1085897930
Género: Femenino
Edad: 37 Año(s)
Dirección: MZ F CASAS BARRIO LIRIOS NORTE
Teléfono: 3103805827
Celular: 3103805827• Incapacidad
Lugar: IPIALES

Fecha: 07/11/2023

Hora: 17:48:32

Tipo Usuario: Contributivo
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (008) SANITAS EPS
Codigo institución: 523560035601

Profesional: Anggie Lizeth Gallego Hernande. Identificación: CC1144097981

(medicina)

Dias: 2 Fecha Inicio: 07/11/2023 Fecha Terminación: 08/11/2023

Presunto origen de la Enfermedad General

Incapacidad:

Incapacidad Retroactiva:

Grupo de Servicios:

Modalidad Prestación de Servicios:

Alcance:

Nota: SE DA INCAPACIDAD POR 2 DIAS

Urgencias o internación del paciente

Consulta externa

Intramural

Prorroga

Elaboró:

Impreso por:

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981ANGGIE 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

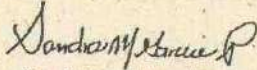
PASTO (SAN JUAN DE PASTÓ)
09/11/2023, 07:52:16
Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-3236240-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión .
Otro(s) diagnóstico(s): M797.
Días de incapacidad: 3 día(s)

Desde: 09/11/2023 - Hasta: 11/11/2023

MÉDICO



Dra. Sandra Milena García
Médico
REG. 522065

Sandra Milena García 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
Calle 12 No. 32 - 58 3er. Piso
Pasto - Ecuador

- Impreso: 09/11/2023, 08:04:08
Firmado Electrónicamente

Original Impresión realizada por: sandmgarcia

Página 1 de 3



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 Institución: 523560035601

• Incapacidad
Lugar: IPIALES

Fecha: 07/11/2023

Hora: 17:48:32

Profesional: Anggie Lizeth Gallego Hernandez. Identificación: CC1144097981
(medicina.)

Días: 2

Fecha Inicia: 07/11/2023

Fecha Terminación: 08/11/2023

Presunto origen de la Enfermedad General
incapacidad:

Incapacidad Retroactiva:

Grupo de Servicios:

Modalidad Prestación de Servicios:

Alcance:

Nota: SE DA INCAPACIDAD POR 2 DIAS

Urgencias o internación del paciente

Consulta externa

Intramural

Prorroga

Elaboró:

ANGGIE LIZETH GALLEGO HERNANDEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1144097981

Impreso por:

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
MÉDICO
C.C. 1085250875

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Nury Andrea Coral Rosero - Medicina General
CC 1085250875 - RM. Registro médico 1085250875

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

- Impreso: 14/11/2023, 16:44:23

Firmado Electrónicamente

Original Impresión realizada por: nuacoral

Página 1 de 4

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit. 9000911436
Cód. Habilitación: 520001145701
Dirección: Kms 20 Nte 19B-22
Teléfono: 7201372

INCAPACIDAD MEDICA

Fecha de Impresión: 15/11/2023 Hora: 09:25 Sexo: Femenino
Fecha del Registro: 15/11/2023 Hora: 09:25 Régimen: Contributivo
Paciente: CC - 106587930 - ANNE CRISTINA QUIROZ ROSARIO Fecha de Nacimiento: 15/04/1995
Dirección: SAN JUAN LAS MERCEDES Edad: 37 años
Médico Tratante: JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ Teléfono: 3106531713
Especialidad: MEDICINA GENERAL Identificación: 106587930
Administradora: EPS001 - EPS SANTAS
Profesión: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Ciudad: Pasto Estado Civil: Soltera Lugar Nacimiento: PASTO

Número - Ingreso: IN040354
Servicio: Servicios Ambulatorios Promoción: NO
Fecha Incapacidad: Desde: 17/11/2023 Hasta: 15/11/2023
Servicio: Hospitalización
Fecha Incapacidad: Desde: Hasta:
Diagnóstico: F412: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Modalidad Prestación Servicio:
Intramural

Presunto Origen de la Incapacidad:
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION - CEFALEA VASCULAR - CONTRACTURA MUSCULAR

Causa que motiva la atención:
VER HISTORIA CLINICA

Incapacidad Retroactiva:

INCAPACIDAD POR:

OBSERVACIONES:

Reporte Generado por SIOS de SYNET LTDA

Page 1 of 1

JAVIER ALEJANDRO ROSALES JIMENEZ
Registro: 1065317135



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.076

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	05 MES	2024 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO POST - INCAPACIDAD			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
BANCAMIA							
Empresa en misión							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	38 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS	CC	1085897930
Apellidos y Nombres				Tipo		Número	
Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemodisfunción	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
19/04/1986	3103805827	UNIVERSITARIO	A +	UNIÓN LIBRE	63,00	163,00	23,71 - PESO NORMAL
Cargo EJECUTIVO DE DESARROLLO PRODUCTIVO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PRESENTA RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
EVITAR TRABAJOS NOCTURNOS, REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ESTRÉS Y DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DE LA EMPRESA Y RECOMENDACIONES ENVIADAS POR LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA, FAVORECER UN AMBIENTE LABORAL TRANQUILO, NO ESTAR EXPUESTO A SITUACIONES DE GRAN ESTRÉS NI TENSION, PERMITIR ASISTENCIA A CITAS PROGRAMADAS CON ESPECIALISTAS TRATANTES. CONTROL EN DOS MESES CON HISTORIAS ACTUALIZADAS POR ESPECIALISTAS DE EPS.				TEMPORAL	SE VALORA CON HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA EN 60 DÍAS.		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL POS-INCAPACIDAD							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PSIQUIATRÍA, MEDICINA DE DOLOR, FISIATRÍA, NEUROCIRUGÍA EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO CONTINUAR CAPACITACIONES SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL OTROS : INCLUIR EN SVE RIESGO PSICOSOCIAL			SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA ASISTIR A CITA DE CONTROL DE RECOMENDACIONES POR PRESENCIA DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES. *PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19							

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdícas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

**Marcela Portilla**
C.E. Los Rios
Médico C.E. Los Rios
a Salud en el Trabajo
RUE 1338

Firma:

Nombre: PORTILLA DE LOS RIOS MARCELA

R. M.: 2443

L.S.O.: 2382



Código de Seguridad

K789Q1W34076

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA

CC: 1085897930

Nombre: QUIROZ ROSERO, ANNA CRISTINA	D.I. No: 1085897930	Edad: 38 años	IMC: 25.5 kg/m ²
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 cardíaca promedio fue de 68.1 latidos por minuto durante el sueño y no se observaron alteraciones del ritmo cardíaco 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. VIII.4.B (3% desaturación).

RESPIRACIÓN DE CHEYNE STOKES

Ninguno

Sleepware G3 Philips Respironics

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

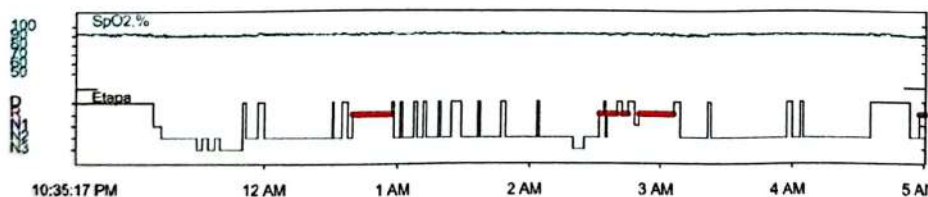
Episodios de ronquidos: 0

Tiempo con ronquidos total: 0 min

SATURACIÓN DE OXÍGENO

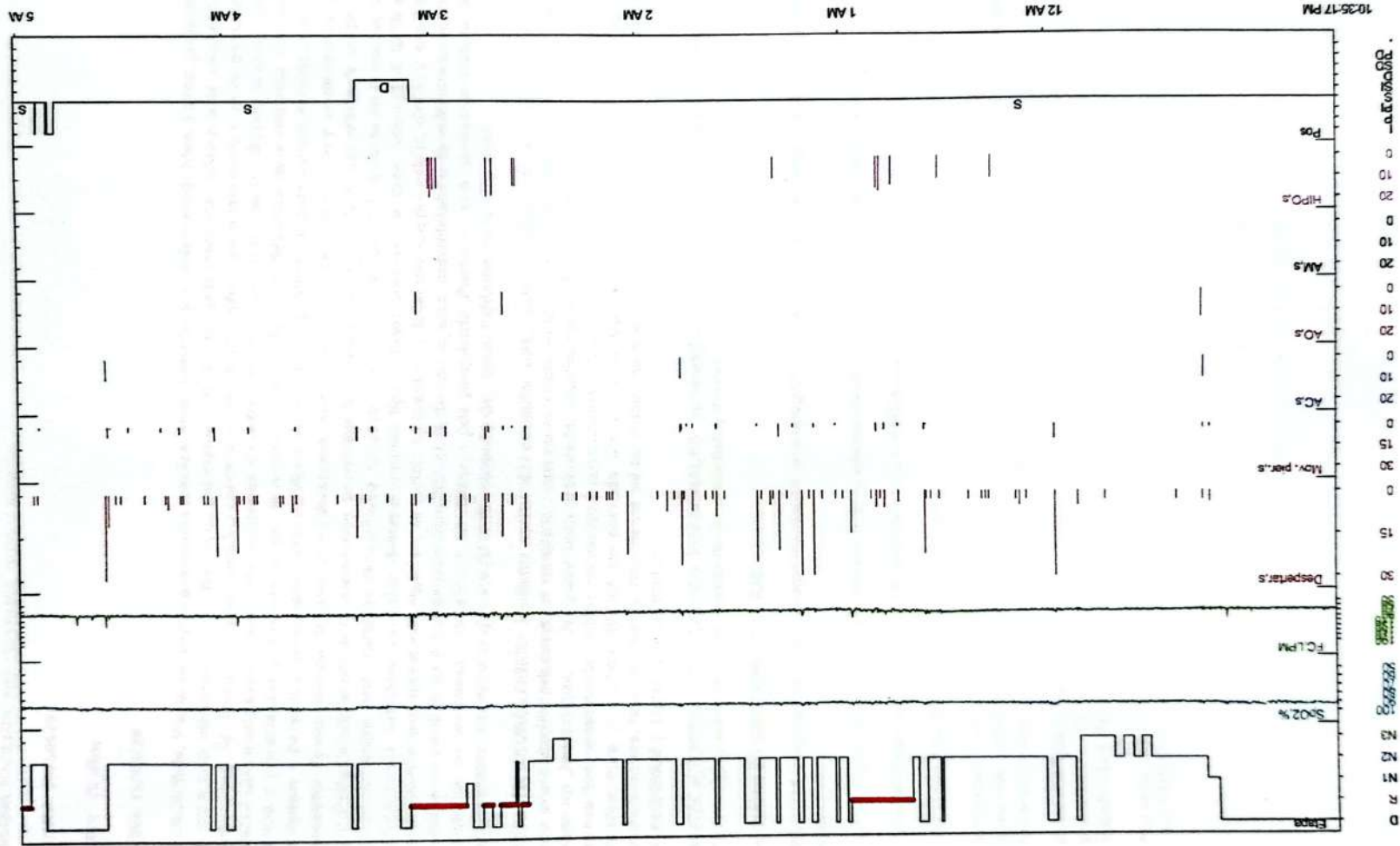
	DESPERTAR		NREM		REM		TC	
	Hora		Hora		Hora		Hora	
<95%:	88.7	23.0	249.9	64.8	45.5	11.8	384.1	99.6
<90%:	5.7	1.5	31.4	8.1	9.5	2.5	46.6	12.1
<85%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<80%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<75%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<70%:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<60%:	0.0	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

Sleepware G3 Philips Respironics



Hipnograma de toda la noche

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 lancinante 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 3 minutos de tipo atónica, 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 ,bradisiaquia, ,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, radiculopatía y discopatía lumbar, escoliosis dorsal. fibrinialgia, colon irritable, trastorno de ansiedad y depresión

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

02/05/24 informe neuropsicología-trastorno neurocognitivo multidominio que compromete la memoria y funciones ejecutivas

15/05/24-polisomnografía-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- neurocirugía

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 psiquiátrica, 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: mamentina atb 20mg día, eszopiclona tab3 mg noche. Pregabalina cap 75mg noche.control 1mes.


JOSE ANTONIO ZAMBRANO ARTEAGA

NEUROLOGO CLINICO RM: 7485/94


Dr. Jose Antonio Zambrano A.
NEUROLOGO CLINICO
R.M. 7485



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 7705986
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

	<p>BIOSEGURIDAD, VALORACION FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES Y UTILIZACION DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19.</p> <p>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.</p>	ESPAÑA ACOSTA JUANITA
22/05/2024 08:31	<p>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.</p> <p>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.</p>	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
23/05/2024 08:46	<p>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.</p> <p>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.</p>	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
24/05/2024 08:35	<p>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.</p> <p>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.</p>	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
27/05/2024 09:31	<p>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.</p> <p>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.</p>	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA
28/05/2024 08:55	<p>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.</p> <p>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 RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.</p>	FISIOTERAPIA ESPAÑA ACOSTA JUANITA

No. H. C. 1085697930 - 178626

FECHA 18/06/2024 08:40

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	DOC. ID.	CC1085697930
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, VALORACION POR REUMATOLGIA, VALORACION POR NEUROLOGIA POR CEFALEA, VALORACION POR PSIQUIATRIA, VALORACION POR MEDICINA DEL DOLOR, PARA CLINICOS DE AR, TSH, GLUCEMIA, 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, CODO 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 I4-I5. extrusion posterocentral con migracion cefalica del contorno discal I4I5 que contacta y comprime el contorno ventral del saco dural, contacta y desplaza raiz nerviosa de I5 izquierda hacia el receso lateral contacta raices I4 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 radiculopatía cervical o lumbosacra. negativo para enfermedad intrínseca 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 radiculopatía
TIPO DX	Confirmado repetido
CAUSA EXTERNA	Enfermedad general
RELACIONADO 1	M519 - Trastornos de los discos intervertebrales- no especificado

RELACIONADO 2	M255 - Dolor en articulación
RELACIONADO 3	M791 - Mialgia
DIAGNOSTICO CLINICO	Dolor crónico de difícil manejo, dolor poliarticular, fibromialgia cervical, dolor cervical, dorsal y lumbar mecánico, trastorno de ansiedad y depresión.
ANALISIS Y PLAN	Se dan indicaciones y recomendaciones preventivas, se explica ampliamente a la paciente refiere entender y aceptar control por fisioterapia. m

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CANTIDAD
890364	Consulta de control por fisioterapia. OBSERVACION: Con resultados	18/06/2024 09:30	1
902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - vsq]	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 [tah]	18/06/2024 09:30	1
906440	Nucleares, anticuerpos [ana] por elia +	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 precisión +	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 g. 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

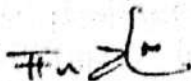
Fecha: 18/06/2024 09:29 ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO

*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

No. Historia Clínica 1085897930

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Fecha de Registro 19/06/2024 8:09

Registro 16

Datos de Identificación

Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
F Nacimiento: 19/04/1986
Dirección: CALLE 20 # 3 12 LAS MERCEDES
Procedencia: PASTO
Ocupación:

Identificación: 1085897930
Edad: 38 Años / 2 Meses / 0 Días
Estado Civil: Union Libre
Sexo: Femenino
Teléfono: 3103805827 3178791470

Datos de Afiliación

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Plan: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS
Grupo Poblacional:
Grupo Etnico: 008 - MESTIZO
Ingreso: 522440

Nivel/Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL 1
Tipo Paciente: Contributivo
Tipo Afiliado: Cotizante
Cama:

Fecha Ingreso: 19/06/2024

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE CONOCIDA CON CUADRO DE DOLOR CRONICO. CEALEA DE DIFICIL MANEJO . FUE VALORADA OR NEUROCIRUGIA . SE REALIZO RMN CEREBRAL CON HALLAZGO DE MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1. REFIERE QUE LA CEFALA A ES DIFICIL DE CONTROLAR .

Se informa sobre la importancia de acudir a la consulta preconcepcional?

Revisión por Sistema

Respiratorio	Normal	Órganos 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 LAS NOCHES
25/08/2023 21:39	Médicos	FIBROMIALGIA. - TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION, 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

Examen Físico

T.A. 120 / 60	T.A.M. 80,00	F.C. 78	min	F.R. 15	min	Tº 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

Cabeza - Cuello	Normal	Ojos	Normal	ORL	Normal
Abdomen	Normal	Cardiopulmonar	Normal	Tórax	Normal
Genitourinario	Normal	Pelvis	Normal	Tacto Rectal	Normal
Piel y Faneras	Normal	Extremidades	Normal	Espalda	Normal

Estado General

Examen Mental Normal **Sistema Nervioso** Normal

Diagnóstico

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

N511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

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, VALORACION POR MEDICINA LABORAL, CONSIDERAR REUBICACION**

PACIENTE CON CEFALEA SECUNDARIA MUY PROBABLE A MALFORMACION DE CHIARI TIPO I, LUMBALGIA SECUNDARIA A DISCOPATIA DISCAL CON SIGNOS DE RADICULOPATIA ,

Paraclínicos

RMN CEREBRAL: MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO I , 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 CEFALA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI, HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR, GRAN COMPROMISO EMOCIONAL, TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO, 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

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica: 108589/030

N° Folio: 16

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO

Identificación: 108589/030

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 19/abril/1986 Edad Actual: 38 Años / 2 Meses / 0 Días

Estado Civil: Unida/Libres

Dirección: CALLE 20 # 3-12 LAS MERCEDES

Teléfono: 3103805877

Procedencia: PASTO

Ocupación:

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS

Régimen: Régimen Simplificado

Plan Beneficios: REG CONTRIBUTIVO - EPS SANITAS SAS

Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO N° 1

N° Ingreso: 522440

Fecha: 19/06/2024 6:46:35 a. m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

Diagnostico principal: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:		
CODIGO	DESCRIPCION		CANTIDAD	ESTADO
048403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS		1	Refutado
GUIADO POR IMAGENES .1 NIVEL . L4-L5 IZQUIERDO				
053114 - 1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)		1	Refutado

Total Items: 2

Profesional
Especialidad

JOSE ALVAREZ REYES
021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

**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
Fecha Nacimiento: 19/06/1986 **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: Union Libre
Teléfono: 3101805027
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

CODIGO	DESCRIPCION	AREA SERVICIO:	CANTIDAD	ESTADO
933320	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 CEFALA SECUNDARIA A MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI. HERNIA DISCAL LUMBAR CON COMPROMISO RADICULAR. GRA COMPROMISO EMOCIONAL. TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO.SINDROME DE FIBROMIALGIA		1	Rutinario
938303 - 29113	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL FIBROMIALGIA , SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO		30	Rutinario

Total Items: 3

**Profesional
Especialidad**

JOSE ALVAREZ REYES
021 - ANESTESIOLOGIA

Tarjeta Profesional 521546

L.P.S. UNIDAD MEDICA LTDA.

Una Familia de Salud para su Salud

Fecha: 12/06/24

Nombre: Awn Quinol. R

Teléfono: 1088897730

R/ D y -Ansiedad severa
Depresión severa
Hemiparesia Lt Lt

- Consulta Particular
- Dermatología
- Medicina General
- Medicina Familiar
- Pediatría
- Traumatología
- Terapia de Lenguaje
- Terapia Ocupacional
- Odontología
- Psicología
- Medicina Alternativa
- Cirugía General
- Salud Ocupacional
- Exámenes Médico Ocupacionales

Progreso de recuperación: de 20 días
(ciento) desde 012/06.24

Cra. 10 N° 4A - 26
Tel.: 7733354
Ipiales - Nariño

Alvaro Tobías Córdova
Reg. 14994-8
Especialista Medicina Familiar
C.C. 13.026.334

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA:

03. Nov. 2023

NOMBRE:

Anna Cristina Quiroz.

cc 155899930

Se solicita control por

Psicología en 30 días

Dx: 496x
F412

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T.
y registro profesional)

#936

OPC 3

Jaime Uasapud

Ψ

PSICÓLOGO
T.P. No. 238531

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

CERTIFICADO MÉDICO No. 6995234

PASTO (SAN JUAN DE PASTO)
11/10/2023, 09:36:16
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

Francisco Javier Hernandez Ortega - Medicina General Original
CC 1026586793 - RM. 1026586793
- Impreso: 11/10/2023, 09:37:02

Cód.: FGCU-GAC-03
Creación: 2018/10/29
Modificación: 2023/03/15



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital San Rafael de Pasto
PASTO - GUAYAS

CITA PROGRAMADA

Neuropsicología ☐ Toxicología ☐ Psiquiatría ☒
Psicología ☐ Psiquiatría Infantil ☐

Día 23 Mes Nov Año 2023
Profesional: Dr. Daniel Pardo
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 GARCIA PAREJO

Dx: M + 9 +
M510
12-

Parate con fibromialgia
en manejo medico con
pobre evolucion

SA VACACIONES y
Medicina Familiar

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T.
y registro profesional)

U.E. Medicina Familiar
MEDICO
RM No. 085.293.091

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA: 10/11/23

NOMBRE: ANNA GUIROL RUTAO

Dx: M797
M510
F412.

Paciente con (Cada) (Clínica de Fibromialgia,
Disrupción Lumbar, Ansiedad y Depresión.
En manejo Integral con Fisioterapia, Psicología,
con modelación sobre el dolor, con
Dolor que Afecta Calidad de Vida


SI UNIRANON x prevención del dolor.

#247709014

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento
y registro profesional)

CLINICA HISPANOAMERICA

Cra 41 # 19D -147

DERECHOS DEL USUARIO EN CIREN: 1. A recibir asistencia médica y/o terapéutica interdisciplinar basada en el rigor científico con énfasis en Neurodesarrollo. 2. A recibir información clara y oportuna sobre su diagnóstico 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.	DEBERES DEL USUARIO EN CIREN: 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.	<div>Neuropediatría</div> <div>Fisiatría</div> <div>Neurodesarrollo</div> <div>Terapia ABA</div> <div>Fisioterapia</div> <div>Neurología</div> <div>Fonoaudiología</div> <div>Psicología</div> <div>Equinoterapia</div> <div>Psiquiatría Infantil</div> <div>CIREN Centro Integral de Rehabilitación y Educación Neurológica WWW.CIRENABA.COM Principal: Cra 29 N° 19-45 Sede 2: Calle 21 #25-11 B/ Centro CARNET DE CITAS</div>
---	---	--

Id: S-1085897930	Usuario:	QUIROZ ROSERO ANNA CRISTINA	SANITAS	Autorización:	9300911																																				
HORARIO: Realizó: 10304257	<div>Dr. Santiago Bastidas 7:45</div>		<table><tr><th colspan="3">FECHAS EN LAS QUE DEBE ASISTIR:</th><th>COPAGO</th></tr><tr><td>1</td><td>VIERNES</td><td>1/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>LUNES</td><td>4/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>MARTES</td><td>5/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>MIÉRCOLES</td><td>6/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>JUEVES</td><td>7/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>LUNES</td><td>11/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>MARTES</td><td>12/12/2023</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>MIÉRCOLES</td><td>13/12/2023</td><td></td></tr></table>			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	
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 indicada perderá su cita, si desea cancelar su cita, comuníquelo a través 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 consérvelo																																						

*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

		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



**Estimad@ Quiroz Rosero, Anna
Cristina**, tienes una nueva cita.

Datos de la cita:

Médico: Hernández Ortega

Francisco Javier

Especialidad: Medicina General

Prog Salud Mental

Tipo de atención: Presencial

Sede: Medfam Pasto

Dirección: Calle 12 No. 32 - 58

Fecha: 08 de Julio de 2024

Hora: 08:00 AM

Bogotá, 27 de marzo de 2024

Señores:
BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA S A
NI 900215071
Pasto -Nariño

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 identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1085897930 acorde con la siguiente relación.

# DE CERTIFICADO	ORIGEN	ESTADO DE INCAPACIDAD	F. INICIO	F. FIN	DÍAS AUT	DÍAS ACUM	IBC	COD DIAGN	VALOR LIQUIDADO	ESTADO LIQUIDACIÓN
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	1	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
58784855	11	RECHAZADA	1/07/2023	8/07/2023	8	145	\$ 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)

6	58784863	11	RECHAZADA	10/07/2023	17/07/2023	8	16	\$ 1.558.259	Z000	\$ 0	RECHAZADA
C	58877089	11	RECHAZADA	18/07/2023	25/07/2023	8	24	\$ 1.558.259	Z000	\$ 0	RECHAZADA
C	58877421	11	RECHAZADA	26/07/2023	2/08/2023	8	32	\$ 1.558.259	Z000	\$ 0	RECHAZADA
C	58915250	11	RECHAZADA	3/08/2023	10/08/2023	8	40	\$ 1.558.259	Z000	\$ 0	RECHAZADA
C	58915025	11	RECHAZADA	10/08/2023	17/08/2023	0	7	\$ 2.248.760	Z000	\$ 0	RECHAZADA
8	58915269	11	RECHAZADA	19/08/2023	26/08/2023	0	16	\$ 2.248.760	Z000	\$ 0	RECHAZADA
8	58928369	11	LIQUIDADA	27/08/2023	28/08/2023	0	2	\$ 2.248.760	M751	\$ 0	LIQUIDADA
EPS	58956849	11	RECHAZADA	8/09/2023	9/09/2023	0	2	\$ 2.974.599	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	58957071	11	RECHAZADA	11/09/2023	12/09/2023	2	4	\$ 2.974.599	F419	\$ 0	RECHAZADA
C	59009667	11	RECHAZADA	16/09/2023	23/09/2023	8	24	\$ 2.248.760	Z000	\$ 0	RECHAZADA
C	59061360	11	RECHAZADA	3/10/2023	10/10/2023	8	32	\$ 2.248.760	Z000	\$ 0	RECHAZADA
C	59066978	11	RECHAZADA	11/10/2023	18/10/2023	8	40	\$ 2.248.760	Z000	\$ 0	RECHAZADA
•	59109024	11	RECHAZADA	26/10/2023	28/10/2023	1	3	\$ 1.487.300	F419	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59109042	11	RECHAZADA	30/10/2023	1/11/2023	3	6	\$ 1.487.300	F419	\$ 0	RECHAZADA
•	59129271	11	LIQUIDADA	4/11/2023	4/11/2023	0	1	\$ 3.582.343	R101	\$ 0	LIQUIDADA
•	59129313	11	LIQUIDADA	7/11/2023	8/11/2023	1	3	\$ 3.582.343	R101	\$ 79.612	PAGADA
EPS	59155332	11	RECHAZADA	9/11/2023	11/11/2023	3	9	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59155789	11	RECHAZADA	14/11/2023	16/11/2023	3	12	\$ 1.487.300	F413	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59176483	11	RECHAZADA	17/11/2023	18/11/2023	2	14	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59156090	11	RECHAZADA	20/11/2023	22/11/2023	3	17	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59177352	11	RECHAZADA	23/11/2023	24/11/2023	2	19	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59178408	11	RECHAZADA	27/11/2023	16/12/2023	20	39	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59219007	11	RECHAZADA	18/12/2023	6/01/2024	20	59	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59306586	11	RECHAZADA	16/01/2024	18/01/2024	3	62	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59306629	11	RECHAZADA	19/01/2024	7/02/2024	20	82	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59369076	11	RECHAZADA	15/02/2024	5/03/2024	20	102	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA
EPS	59416309	11	RECHAZADA	6/03/2024	4/04/2024	30	132	\$ 1.487.300	F412	\$ 0	RECHAZADA

19 oct 25 0
25 oct 29

crecer negocio

afiliados de la

1	Licencia Parto Normal	5	Licencia Al Padre Por Fallecimiento De La Madre	8	Licencia Parto Prematuro	11	General
2	Adopción	6	Licencia Maternidad Parto Múltiple	9	Licencia Remunerada De Paternidad	12	Riesgo Laboral
3	Adopción múltiple	7	Licencia Parto Prematuro Y Múltiple	10	Licencia Pre Parto	13	Accidente de Tránsito
4	Descanso remunerado por aborto						

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)

7-01-2024

15-01-2024

8-02-2024

14-02-2024

5-06-2023

13-06-2023

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 () la planilla de Solicitud de reconocimiento económico y enviarla diligenciada en Excel al correo
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

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

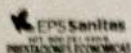
OBSERVACIONES ADICIONALES:

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.

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)

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
MIL VÍAS DEL CUIDADO
PRESTACIONES ECONÓMICAS

Luisa Castañeda.
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)

Bogotá, 30 de abril de 2024

Señora:
ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
CC 1085897930
Correo: anacris_11@yahoo.es
Bogotá, Cundinamarca

Asunto: Respuesta comunicación No 9668371

Respetada señora, reciba un cordial saludo,

En atención a su solicitud, mediante la cual requiere información respecto al trámite de las incapacidades prescritas a su nombre, notificamos que las mismas se encuentran **rechazadas** por falta de soportes o información complementaria.

En este caso en particular se identificó que, durante los siguientes periodos:

07/01/2024 al 15/01/2024
08/02/2024 al 14/02/2024

No se tiene evidencia suficiente que permita identificar si el trabajador laboró normalmente o si estuvo incapacitado.

La carta enviada por la empresa no es específica mencionando las fechas solicitadas, adicional a esto la carta debe venir en papelería de la empresa.

Por lo anterior, para poder dar continuidad al trámite, se hace necesario que la empresa a través de la persona autorizada, **certifique formalmente si en ese periodo de tiempo el usuario laboró, o si por el contrario estuvo incapacitado.**

- En caso de haber laborado, una vez se reciba la certificación se dará continuidad al trámite de las incapacidades.
- En caso de que el usuario haya presentado incapacidad durante ese periodo de tiempo, la empresa debe radicar la prescripción que haya sido emitida por el médico tratante a través del canal establecido (Oficina Virtual de Empleadores) para poder dar continuidad al trámite.

Lo anterior dentro del marco legal contenido en el Decreto 1333 de 2018 el cual cita textualmente lo siguiente:

ARTÍCULO 2.2.3.2.3. Prórroga de la incapacidad. *Existe prórroga de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, cuando se expide una incapacidad con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de diferente código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), siempre y cuando entre una y otra, no haya interrupción mayor a 30 días calendario.*

Es importante precisar que esta aclaración y soportes son necesarios para poder determinar el acumulado real y los días de incapacidad del trabajador, situación que va ligada al diagnóstico y a su evolución natural

Por lo tanto, esta información nos va a permitir aclarar los días de incapacidad acumulados y poder realizar en forma adecuada la liquidación de las incapacidades, previa validación de derechos y requisitos.

Cordialmente,




EPS Sanitas
NIT. 800.251.440-6
PRESTACIONES ECONÓMICAS

Sara Penagos.
Prestaciones Económicas
EPS SANITAS



Bogotá D.C, 14 de mayo de 2024

Señora
ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO
CLL 20A # 3 - 12
anacris_11@yahoo.es
NARIÑO - PASTO

Asunto : Respuesta comunicación PQRS No. 24-05144008

Reciba un cordial saludo señor (a) ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO

De acuerdo a su comunicación del día **10 de Mayo de 2024**, mediante el cual solicita validación y expedición de la incapacidad, nos permitimos informar:

Una vez realizado el proceso de comprobación de derechos y requisitos, se pudo establecer que las incapacidades comprendidas del 22/06/2023 al 30/06/2023 y del 01/07/2023 al 08/07/2023 fueron generadas de manera particular, por lo que nos permitimos citar la norma.

Incapacidad expedida por IPS no adscrita a la red de la EPS sanitas acorde con el decreto 1427 de 2022 se debe adjuntar epicrisis o resumen de la atención en la que se generó la incapacidad. Lo anterior acorde con lo establecido en la normatividad anteriormente nombrada que por ser pertinente nos permitimos transcribir:

Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común.

La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud - ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Esperamos con lo anterior haber ofrecido respuesta a su solicitud reiterando que la EPS Sanitas ha obrado acorde con las obligaciones establecidas en la normatividad legal vigente.

Por lo tanto, lamentamos informar que no es posible acceder a su solicitud, toda vez que se ha actuado acorde con las ordenanzas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para los casos de las incapacidades expedidas con fecha de inicio 10/07/2023 nos permitimos informar que la misma se encuentra en estado rechazado.



Lo anterior dado que el soporte allegado no contiene la siguiente información o soporte:

Prescripción sin número de documento de identificación del médico.

Es importante precisar que la responsabilidad de la EPS de validar la totalidad de datos, soportes e información necesaria se enmarca dentro de lo establecido en el Artículo 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:

1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente.
2. NIT del prestador de servicios de salud.
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada.
5. Lugar y fecha de expedición.
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:
 - Consulta externa.
 - Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica.
 - Internación.
 - Quirúrgico.
 - Atención inmediata.
8. Modalidad de la prestación del servicio:
 - Intramural.
 - Extramural unidad móvil.
 - Extramural domiciliaria.
 - Extramural jornada de salud.
 - Telemedicina interactiva.
 - Telemedicina no interactiva.
 - Telemedicina telexperticia.
 - Telemedicina telemonitoreo.
9. Intramural Extramural unidad móvil Extramural domiciliaria Extramural jornada de salud Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemedicina telexperticia Telemedicina telemonitoreo.
10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente.
11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral).
12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral.
13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad.
14. Prorroga: Sí o No.
15. Incapacidad retroactiva:
 - Urgencias o internación del paciente
 - Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
 - Evento catastrófico y terrorista.



16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.

El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos previstos en el numeral 15 del presente artículo.

El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.

Lo anterior dado que el soporte allegado no contiene la siguiente información o soporte:

Prescripción sin número de documento de identificación del médico.

Es importante precisar que la responsabilidad de la EPS de validar la totalidad de datos, soportes e información necesaria se enmarca dentro de lo establecido en la Resolución 2266 De 1998 Capítulo I. Artículo 20 que por ser pertinente citamos:

De Los Requisitos Para Transcripción Del Certificado.

Toda solicitud de transcripción de certificados de incapacidad o de licencia por maternidad debe acompañarse de los siguientes documentos:

El certificado a transcribir, en formato membretado y en original, el cual debe contener la siguiente información:

- a. Nombre de la entidad y/o del médico u odontólogo tratante.
- b. Lugar y fecha de expedición.
- c. Nombre del afiliado y número del documento de identidad.
- d. Diagnóstico clínico.
- e. Fecha de iniciación y duración de la incapacidad.
- f. Nombre, número del registro profesional, cédula de ciudadanía y firma del médico u odontólogo que expide la incapacidad o la licencia.

Respecto al trámite de las incapacidades prescritas a partir del 08/09/2023, notificamos que las mismas se encuentran rechazadas por falta de soportes o información complementaria.

En este caso en particular se identificó que durante el periodo comprendido entre el 05/06/2023 al 13/06/2023, del 09/07/2023 al 07/09/2023, del 13/09/2023 al 25/10/2023, del 07/01/2024 al 15/01/2024 y del 08/02/2024 al 14/02/2024, no se tiene evidencia suficiente que permita identificar si el trabajador laboró normalmente o si estuvo incapacitado.



Por lo anterior, para poder dar continuidad al trámite, se hace necesario que la empresa a través de la persona autorizada, certifique formalmente si en ese periodo de tiempo el usuario laboró, o si por el contrario estuvo incapacitado.

- En caso de haber laborado, una vez se reciba la certificación con membrete de la empresa y firmada por la persona autorizada, se dará continuidad al trámite de las incapacidades.
- En caso de que el usuario haya presentado incapacidad durante ese periodo de tiempo, la empresa debe radicar la prescripción que haya sido emitida por el médico tratante a través del canal establecido, oficina virtual de empleadores para poder dar continuidad al trámite.

Lo anterior dentro del marco legal contenido en el Decreto 1333 de 2018 el cual cita textualmente lo siguiente:

Artículo 2.2.3.2.3. Prórroga de la incapacidad. Existe prórroga de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, cuando se expide una incapacidad con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de diferente código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), siempre y cuando entre una y otra, no haya interrupción mayor a 30 días calendario.

Es importante precisar que esta aclaración y soportes son necesarios para poder determinar el acumulado real y los días de incapacidad del trabajador, situación que va ligada al diagnóstico y a su evolución natural. Por lo tanto, esta información nos va a permitir aclarar los días de incapacidad acumulados y poder realizar en forma adecuada la liquidación de las incapacidades, previa validación de derechos y requisitos.

Esperamos haber aclarado su inquietud y reiteramos nuestro compromiso de contribuir a su bienestar.

Cordialmente,




Jaime Humberto Martinez Dirgua
Dirección de Servicio
Gestión de comunicaciones del afiliado

Pensando en nuestros afiliados, lo invitamos para que conozca los canales virtuales en donde puede realizar sus transacciones y ahorrar tiempo: APP EPS Sanitas - Ana María tu asistente virtual (web y WhatsApp +57 3202550525) - www.epssanitas.com (oficina virtual para afiliados - empleadores - asesor de oficina en línea).

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. Adicionalmente, cuando la PQR corresponde a una EPS del régimen subsidiado, se podrá elevar ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local. (Circular Única 0047 de 2007 modificada por la Circular 049 de 2008 y por la Circular 0008 de 2018).

Folios: 5

Anexo:

Nombre anexos: Estado de cuenta _26_.xlsx



Tipo Identificación	Numero de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Numero de Incapacidad	Estado de la Incapacidad	Fecha Inicio	Fecha Fin	Tipo de la Incapacidad	Tipo de Incapacidad Laboral	Dias Incapacidad	Dias Acumulados	Prorroga	Codigo de Diagnostico	Numero de Identificación del Empleador	Empleador	Ibc Liquidacion	Estado de la Liquidación	Tipo de Liquidacion	Dias a pagar	Valor	Fecha de Pago	Observación	
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58784809	LIQUIDADA	1/06/2023	4/06/2023	General		4	128	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 5.149.100	PAGADA	DEBITO	4	\$ 343.273	28/07/2023		
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58784831	RECHAZADA	14/06/2023	21/06/2023	General		8	8	N	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.558.259				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58784841	RECHAZADA	22/06/2023	30/06/2023	General		9	137	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 5.149.100				0	\$ 0		MEDICO NO REGISTRA EN RETHUS
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58784855	RECHAZADA	1/07/2023	8/07/2023	General		8	145	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 5.149.100				0	\$ 0		MEDICO NO REGISTRA EN RETHUS
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58784863	RECHAZADA	10/07/2023	17/07/2023	General		8	16	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.558.259				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58877089	RECHAZADA	18/07/2023	25/07/2023	General		8	24	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.558.259				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58877421	RECHAZADA	26/07/2023	2/08/2023	General		8	32	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.558.259				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58915250	RECHAZADA	3/08/2023	10/08/2023	General		8	40	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.558.259				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58915025	RECHAZADA	10/08/2023	17/08/2023	General		8	8	N	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.248.760				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58915269	RECHAZADA	19/08/2023	26/08/2023	General		8	16	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.248.760				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58928369	LIQUIDADA	27/08/2023	28/08/2023	General		2	2	N	M751	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.248.760	LIQUIDADA	DEBITO	0	\$ 0			INCAPACIDAD INICIAL, RECONOCIMIENTO A CARGO DEL EMPLEADOR O APORTANTE
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58956849	RECHAZADA	8/09/2023	9/09/2023	General		2	2	N	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.974.599				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 09/07/2023 AL 07/09/2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	58957071	RECHAZADA	11/09/2023	12/09/2023	General		2	4	S	F419	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.974.599				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 09/07/2023 AL 07/09/2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59009667	RECHAZADA	16/09/2023	23/09/2023	General		8	24	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.248.760				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59061360	RECHAZADA	3/10/2023	10/10/2023	General		8	32	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.248.760				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59066978	RECHAZADA	11/10/2023	18/10/2023	General		8	40	S	Z000	900215071	ICROFINANZA	\$ 2.248.760				0	\$ 0		SOPORTE NO CORRESPONDE A UNA INCAPACIDAD
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59109024	RECHAZADA	26/10/2023	28/10/2023	General		3	3	N	F419	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 09/07/2023 AL 07/09/2023 Y DEL 13/09/2023 AL 25/10/2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59109042	RECHAZADA	30/10/2023	1/11/2023	General		3	6	S	F419	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 09/07/2023 AL 07/09/2023 Y DEL 13/09/2023 AL 25/10/2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59129271	LIQUIDADA	4/11/2023	4/11/2023	General		1	1	N	R101	900215071	ICROFINANZA	\$ 3.582.343	LIQUIDADA	DEBITO	0	\$ 0			INCAPACIDAD INICIAL, RECONOCIMIENTO A CARGO DEL EMPLEADOR O APORTANTE
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59129313	LIQUIDADA	7/11/2023	8/11/2023	General		2	3	S	R101	900215071	ICROFINANZA	\$ 3.582.343	PAGADA	DEBITO	1	\$ 79.612	1/12/2023		
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59155332	RECHAZADA	9/11/2023	11/11/2023	General		3	9	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59155789	RECHAZADA	14/11/2023	16/11/2023	General		3	12	S	F413	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59176483	RECHAZADA	17/11/2023	18/11/2023	General		2	14	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59156090	RECHAZADA	20/11/2023	22/11/2023	General		3	17	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59177352	RECHAZADA	23/11/2023	24/11/2023	General		2	19	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59178406	RECHAZADA	27/11/2023	16/12/2023	General		20	39	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59219007	RECHAZADA	18/12/2023	6/01/2024	General		20	59	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59306586	RECHAZADA	16/01/2024	18/01/2024	General		3	62	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59306629	RECHAZADA	19/01/2024	7/02/2024	General		20	82	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 5 AL 13 DE JUNIO DE 2023
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59369076	RECHAZADA	15/02/2024	5/03/2024	General		20	102	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 8 AL 14 DE FEBRERO DE 2024
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59416309	RECHAZADA	6/03/2024	4/04/2024	General		30	132	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 8 AL 14 DE FEBRERO DE 2024
CC	1085897930	QUIROZ	ROSERO	ANNA	CRISTINA	59501185	RECHAZADA	5/04/2024	24/04/2024	General		20	152	S	F412	900215071	ICROFINANZA	\$ 1.487.300				0	\$ 0		PERIODO DESCUBIERTO DE INCAPACIDAD DEL 07 AL 15 DE ENERO Y DEL 8 AL 14 DE FEBRERO DE 2024



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. ☒ No. Identificación: 1085897930

Fecha de Nacimiento:
19/ABR/1986

Edad: 37 Años Sexo F ☐ M ☒ Estado Civil: Casada

Departamento: Nariño

Ciudad: Pasto

Escolaridad: Profesional

Dirección: C/le 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 ☒

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 R.**
Chamorro Díaz
Psicóloga
T.P. 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 línea 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.

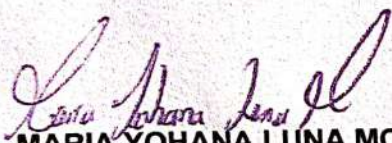
EL SUSCRITO GERENTE DE COMPENSACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL

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.

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.

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 Roza	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 ERNST & YOUNG AUDIT N.I.T. No. 860008890 5
Persona S.A.S
Juridica

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 secretarías 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/certificados/electronicos 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/certificados/electronicos 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 matriz:

- 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 lo 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 Cl1 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 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 A TOBERIN
Matrícula No.:	01858197
Fecha de matrícula:	24 de diciembre de 2008
Último año renovado:	2024
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 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/certificados/electronicos 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

Brayan Geovanny Jativa
FIRMA



INDICE DERECHO

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 *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2300100-00232590-M-1085294986-20100408 0021944674A 1 34344847

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

1.085.697.930

APELLIDOS

QUIROZ ROSERO

NOMBRES

ANNA CRISTINA

FIRMA

CRISTINA QUIROZ ROSERO





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

19-ABR-1986

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

A+

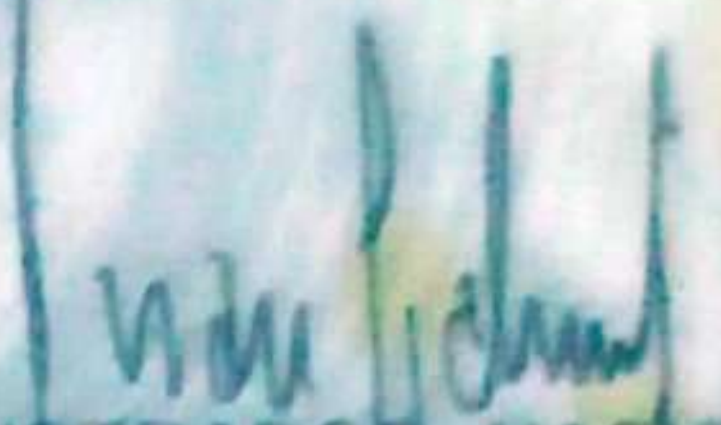
G.S. RH

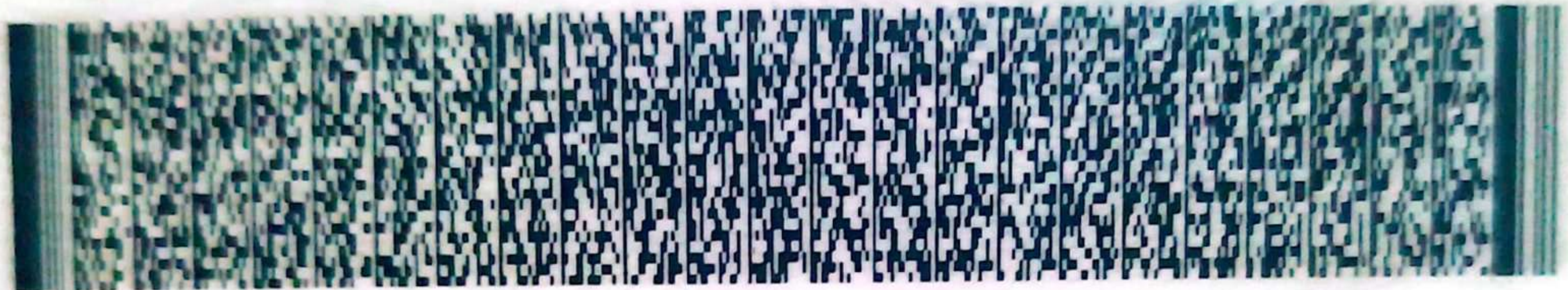
F

SEXO

21-MAY-2004 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO VACHA



A-2306700-53157201-F-1085897930-20070913

00810 07256N 02 229372570



Universidad de Nariño
ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL



BRYAN JATIVA RAMOS

San Juan de Pasto, 20 de mayo de 2024.

SEÑOR:

JUEZ CONSTITUCIONAL (R)

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 a los profesionales 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 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 sustituto, para en mi nombre soliciten la tutela de los derechos fundamentales a la vida, al trabajo, la dignidad humana, derecho a la familia, integridad personal física y psicológica, derecho a la libertad de ejercicio de la profesión u oficio - tranquilidad personal y Salud en contra de BANCO DE LAS MICROFINANZAS, S.A. - BANCAMIA - SANITAS EPS - AXA COLPATRIA ARL - MINISTERIO DE TRABAJO.

Mis apoderados quedan plenamente facultados para interponer la respectiva tutela, solicitar todo tipo de información, presentar las peticiones pertinentes, solicitar amparos provisionales, presentar los recursos a los que haya lugar, desistir, transigir, conciliar, recibir, renunciar, solicitar remate, sustituir, reasumir y todo cuanto en derecho sea necesario para el cabal cumplimiento de este mandato, en los términos del artículo 74 del Código General del Proceso. Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados judicial.

Sírvase entidad referida, reconocer personería jurídica a mis apoderados.



315-328-4884



Bryanjati7@gmail.com



Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221



Universidad de **Narino**
FACULTAD DE DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL



BRYAN JATIVA RAMOS
Civilista, abogado laboral y penal, seguridad social

OTORGO:

Anna Cristina Quiroz Rosero

ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO,
C.C No. 1.085.897.930 expedida en Ipiales (N),

ACEPTO

Bryan Geovanny Jativa Ramos
BRYAN GEOVANNY JATIVA RAMOS
CC. No. 1.085.294.986 expedida en Pasto.
I.P. No 285.615 del Consejo Superior de la Judicatura.

Daniel Felipe Enriquez Jurado
DANIEL FELIPE ENRIQUEZ JURADO.
C.C No. 1.085.309.222 de Pasto.
I.P. No. 285.902 del Consejo Superior de la Judicatura.

RECEBIDO
BRYAN JATIVA RAMOS
PASTO
NARIÑO

☎ 315-328-4884

✉ Bryanjati7@gmail.com

📍 Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 65801

En la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, República de Colombia, el veinte (20) de mayo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaria cuarta (4) del Circulo de Pasto, compareció: ANNA CRISTINA QUIROZ ROSERO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1085897930 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto

Anna Cristina Quiroz Rosero



7a3c5e4c3c

20/05/2024 17:23:38

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Jaime Rene Zambrano Cabrera



JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA

Notario (4) del Circulo de Pasto, Departamento de Nariño

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 7a3c5e4c3c, 20/05/2024 17:23:47

📞 315-328-4884

✉ Bryanjati7@gmail.com

📍 Carrera 24 No 19- 33 edificio Pasto Plaza oficina 221