



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

Florencia, Febrero 17 de 2023

Doctora

**FAVIO FERNANDO JIMÉNEZ CARDONA**

Juez Tercero Administrativo del Circuito

Ciudad

**REF. CONTESTACIÓN DE DEMANDA**

**RAD. 18001333300320210062100**

**DEMANDANTE: ÁNGELA OVIEDO PÉREZ Y OTROS**

**DEMANDADO: HOSPITAL MALVINAS HOO Y OTROS**

**JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.717.865 de Bogotá y Tarjeta Profesional 141.975 del CS de la J, obrando como apoderado judicial de la ESE Hospital Malvinas Héctor Orozco Orozco, en los términos del poder adjunto, me permito dentro de la oportunidad legal establecida para tales efectos, presentar contestación de demanda dentro del medio de control promovido por **ANGELA OVIEDO PÉREZ Y OTROS**, con radicado **18001333300320210062100**, en los siguientes términos:

## I. SOBRE LOS HECHOS

**AL PRIMERO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL SEGUNDO. ME CONSTA PARCIALMENTE.** Sobre los controles prenatales realizados en el Municipio de Suaza (Huila), tendrán que probarse dentro del proceso, de resultar relevantes para la definición de la responsabilidad. Revisada la historia clínica de la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, tiene los siguientes registros de atenciones por control prenatal, en el Hospital Malvinas HOO:

- a. Marzo 5 de 2019
- b. Abril 5 de 2019
- c. Mayo 5 de 2019
- d. Junio 6 de 2019

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704

Número de Contacto: +57 318 3023302

Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)

Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

**AL TERCERO. ES PARCIALMENTE CIERTO.** Se menciona que el reporte de todos los controles prenatales fue de normalidad; sin embargo, solo se tiene conocimiento de los controles realizados en los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2019, los cuales se realizaron en el Hospital Malvinas HOO y no de la totalidad. Ahora bien, respecto de la normalidad que se menciona, no es cierto, por cuanto de la revisión de la historia clínica puede evidenciarse que, se menciona por parte del médico que realizó los controles prenatales que, la señora ANGELA OVIEDO PÉREZ, era valorada por ginecoobstetricia y que dentro de las causas para ser catalogado su embarazo como de alto riesgo, era el aborto precedente y los pocos controles prenatales realizados. Se realizó 4 conocidos y documentados, cuando por protocolo deben realizarse al menos 8.

**AL CUARTO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL QUINTO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL SEXTO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL SÉPTIMO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL OCTAVO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL NOVENO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL DÉCIMO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL DÉCIMO PRIMERO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL DÉCIMO SEGUNDO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL DÉCIMO TERCERO.** No es un hecho, es una apreciación subjetiva del demandante, que carece de sustento en las pruebas allegadas.

**AL DÉCIMO CUARTO.** No es un hecho, es una apreciación subjetiva del demandante, que carece de sustento en las pruebas allegadas. Es preciso indicar que, el Hospital Malvinas HOO realizó los controles prenatales de acuerdo al protocolo establecido y a la guía del Ministerio de Salud. De otro lado, fue valorada

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704

Número de Contacto: +57 318 3023302

Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)

Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

en múltiples oportunidades por ginecoobstetra y realizadas las ecografías de rigor, en las que hubieran podido eventualmente, hacer el hallazgo imageneológico que permitiera un diagnóstico prenatal. Al respecto es importante tener en cuenta que, de las consultas de control prenatal no hay forma de que el médico –al menos suponga- el paladar hendido, por cuanto este no genera algún síntoma o algún signo que indique su presencia, por cuanto su diagnóstico se hace por regla general, en ecografías 3d y 4d –las cuales no se encuentran incluidas en el plan de beneficios- y de haberla considerado, tendría que haber sido el especialista quien la ordenara. Por conducto regular, el médico general remite al ginecobstetra y es este, quien debe ordenar los exámenes especializados, con la debida justificación para que sea autorizado por la entidad responsable de pago.

**AL DÉCIMO QUINTO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL DÉCIMO SEXTO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

**AL DÉCIMO SÉPTIMO. NO ME CONSTA.** Deberá acreditarse dentro del proceso.

## II. SOBRE LAS DECLARACIONES Y CONDENAS

**SOBRE LA PRIMERA. QUE SE NIEGUE.** Para declarar la responsabilidad de la entidad que represento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, deben confluir además del daño antijurídico, la imputación fáctica y la imputación jurídica. Respecto de la imputación jurídica, debe decirse que, la responsabilidad médica se ventila por regla general a la luz del régimen subjetivo de falla probada del servicio, en el cual, el demandante tiene la carga de probar dicha falla y la relación de la misma con el daño antijurídico, del que se pretende reparación.

En lo que tiene que ver con la falla en el servicio frente al Hospital Malvinas HOO, brilla por su ausencia y no existe prueba de la misma, así como tampoco del nexo causal. Por lo anterior no podrá declararse la responsabilidad de la entidad.

**SOBRE LA SEGUNDA, TERCERA Y CUARTA. QUE SE NIEGUE.** Teniendo en cuenta que la condena es consecuencia de la declaratoria de responsabilidad y en el caso que nos ocupa, no hay lugar para su declaración, deberá el juez abstenerse de condenar a la entidad.

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)  
Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

**SOBRE LA QUINTA. QUE SE NIEGUE.** El pago de intereses es consecuencia de una condena y en el caso que nos ocupa no hay lugar a la misma, por no poderse declarar la responsabilidad de la entidad, ante la ausencia de falla del servicio y de relación de esta con el daño antijurídico del que se reclama indemnización.

### III. FUNDAMENTOS FÁCTICOS Y JURÍDICOS DE LA DEFENSA

De manera expresa se manifiesta **la absoluta oposición a la fundamentación fáctica y jurídica que se pone de presente en la demanda que nos ocupa y que sustenta sus pretensiones**. Lo anterior, se acredita inicialmente con la ausencia de falla del servicio imputable a la entidad que represento. Carece de veracidad el demandante al manifestar que, la ESE Hospital Malvinas HOO fue el encargado del servicio médico asistencial prenatal y que el mismo fue negligente e incompleto, argumentando que *"...jamás se determinó, como debió serlo, las afectaciones congénitas con que nacería la menor, consistentes en paladar palatino y el SDR (síndrome de deficiencia respiratoria), es decir un tipo de omisiones en el control prenatal, que pudieron coartar el derecho de la madre de continuar o con un embarazo al que se le detectaran malformaciones fetales, y sobre todo el haber podido implementarse tratamientos adecuados y eficientes..."*

**A. SOBRE LA FALLA EN EL SERVICIO COMO TÍTULO DE IMPUTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO.** Es preciso tener en cuenta que, por tratarse de un asunto que se estudia a la luz del régimen subjetivo, ante la ausencia o inexistencia de falla en el servicio, se imposibilita la declaratoria de responsabilidad. Respecto de la presunta falla del servicio que se pretende endilgar a la entidad que represento, es preciso indicar:

1. Como se documentó en la historia clínica del Hospital Malvinas de las atenciones de marzo a junio de 2019, la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ**, contó con "bajo control prenatal"; lo cual indica que, no se realizó el número de controles que están en la guía del Ministerio de Salud para maternas.
2. Los controles prenatales realizados en el Hospital Malvinas de las atenciones de marzo a junio de 2019, se hicieron de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud y de acuerdo al nivel de complejidad de la entidad misma.
3. La señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** fue valorada por el especialista en ginecobstetricia y además, algunos controles prenatales según se indicó en el libelo de la demanda, fueron atendidos por **PRONACER MEDICINA**

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)  
Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

**DIAGNÓSTICA IPS SAS**, que al menos por el nombre, se trata de una institución especializada en asuntos materno infantiles.

4. La señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ**, se realizó las ecografías que fueron ordenadas y de las mismas no hay reporte que mencione las condiciones físicas en las que venía la menor **ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO**, en lo que respecta al paladar de la menor.
5. Los controles prenatales se realizaron en condiciones de normalidad y atendiendo que, la paciente venía siendo valorada por la especialidad de ginecobstetricia, lo que le permitía al médico de la entidad que represento que, es una entidad de primer nivel de complejidad, basarse en la clínica referida por la paciente y en ese sentido se actuó y se ordenaron los exámenes correspondientes para la detección de alteraciones del embarazo.
6. Respecto al síndrome de deficiencia respiratoria, no se tiene certeza del momento en que empezó la menor a padecerlo, esto es su fue intrauterino o con posterioridad al nacimiento, que al parecer fue traumático, según se narra en la demanda, razón por la cual no puede fundamentarse una falla en el servicio cuando ni siquiera se encuentra determinado el momento en que la menor padeció de dicha patología.

Visto lo anterior, es evidente que no existió una falla del servicio por parte del Hospital Malvinas HOO y que el mismo actuó de acuerdo a protocolos y guías de manejo y atendiendo al nivel de complejidad que le era propio.

## **B. SOBRE EL NEXO CAUSAL O IMPUTACIÓN FÁCTICA COMO ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO.**

El nexo causal o la imputación fáctica, implica una relación necesaria entre el daño antijurídico y la falla en el servicio; y la falla en el servicio endilgada, ya sea a título de acción u omisión- tendrá que guardar plena identidad con el hecho generador.

Se considera el hecho generador, a la acción u omisión que por sí misma tiene la fuerza para causar el daño antijurídico enrostrado en el proceso.

Ahora bien, partiendo de la inexistencia de la falla en el servicio imputada, es menester analizar la relación causal que tiene con el daño antijurídico sufrido por la

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)  
Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

menor ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO y la presunta falla en el servicio que se pretende endilgar y, es evidente que la misma no tiene ninguna relación.

Así las cosas, brillan por su ausencia los elementos como la imputación jurídica y la imputación fáctica. Sobre el daño antijurídico no es posible pronunciarse por cuanto ni siquiera se menciona por parte del apoderado del costado demandante cual es.

## IV. EXCEPCIONES

**A. INEXISTENCIA DE ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD.** Como ya se indicó, se encuentra establecido que no se encuentra acreditada falla del servicio alguna.

**B. LA DENOMINADA GÉNÉRICA.** Por mandato expreso del legislador, puede ser declarada oficiosamente las excepciones que aquel encuentre probadas. Por lo tanto solicito al señor juez, se sirva declarar probadas las excepciones que resulten dentro del presente proceso conforme al artículo 306 del C.P.C.

## V. PRUEBAS DE LA OPOSICIÓN Y DE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO

Con el objeto de probar los argumentos esgrimidos en la presente, así como las excepciones propuestas, muy respetuosamente solicito, se tengan como prueba las siguientes:

### DOCUMENTAL

Téngase como documental las aportadas con la demanda y anexo a ellas, las siguientes:

- Copia de la historia clínica de la atención brindada por la ESE Hospital Malvinas HOO los días Marzo 5 de 2019, Abril 5 de 2019, Mayo 5 de 2019 y Junio 6 de 2019.
- Transcripción de la historia clínica.

Además de lo anterior, solicito al Despacho que se decreten las siguientes pruebas:

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: jariascuenca@gmail.com  
Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

- Que se oficie a **PRONACER MEDICINA DIAGNÓSTICA IPS SAS**, para que se allegue al expediente, copia íntegra y transcripción de la historia clínica de las atenciones brindadas a la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, durante los controles prenatales de la menor **ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO**, a finales del año 2018 y 2019.
- Que se oficie a **PRONACER MEDICINA DIAGNÓSTICA IPS SAS**, para que certifique el nombre del GINECOBSTETRA o GINECÓLOGO que valoró a la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, durante los controles prenatales de la menor **ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO**, a finales del año 2018 y 2019.
- Que se oficie a **ASMET SALUD EPS** para que certifique con destino al expediente:
  - ✓ Cuantas ecografías fueron ordenadas a la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, durante los controles prenatales de la menor **ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO**, a finales del año 2018 y 2019 y por cual entidad tratante, especificando el tipo de ecografía ordenada.
  - ✓ Cuantas ecografías fueron autorizadas a la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, durante los controles prenatales de la menor **ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO**, a finales del año 2018 y 2019 y a donde fueron autorizadas. Especificar el tipo de ecografía autorizada.
- Que se oficie a la IPS donde se realizaron las ecografías de los controles prenatales de la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, a finales del año 2018 y 2019 y se solicite copia de lectura de la ecografía y si tienen disponible, copia de las imágenes tomadas durante la ecografía.

## TESTIMONIAL TÉCNICO.

Para que se declaren sobre los hechos de la demanda y sobre los argumentos expuestos en esta contestación, solicito señor Juez tener como prueba el testimonio de las personas que se relacionan a continuación:

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: jariascuenca@gmail.com  
Florencia, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

## MÉDICOS TRATANTES.

- **LUIS CARLOS BETANCUR**, Médico General Hospital Malvinas HOO.  
Celular: 3204448022.  
Notificaciones: [notificacionesjudiciales@hospitalmalvinas.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@hospitalmalvinas.gov.co)
- **GINECOBSTETRA o GINECÓLOGO** vinculado a **PRONACER MEDICINA DIAGNÓSTICA IPS SAS** que valoró a la señora **ANGELA OVIEDO PÉREZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.924.117, durante los controles prenatales de la menor **ARIADNA SOFÍA MUÑOZ OVIEDO**, a finales del año 2018 y 2019, de acuerdo a la certificación que para tales efectos expida la IPS mencionada.

## VI. PETICIONES DE LA CONTESTACIÓN DE DEMANDA

Se solicita, con fundamento en lo contestado, se absuelva a la parte demandada de las pretensiones contenidas en la demanda y **se condene en costas a la parte actora.**

## VII. ANEXOS

- Poder especial, amplio y suficiente para representar los intereses del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, junto con los documentos que acreditan la representación legal en cabeza del Dr. **SAUL MONTERO GARCÍA**.
- Copia de la historia clínica de ANGELA OVIEDO PEREZ, de la atención brindada por la ESE Hospital Malvinas HOO los días Marzo 5 de 2019, Abril 5 de 2019, Mayo 5 de 2019 y Junio 6 de 2019.
- Transcripción de la historia clínica de ANGELA OVIEDO PEREZ, de la atención brindada por la ESE Hospital Malvinas HOO los días Marzo 5 de 2019, Abril 5 de 2019, Mayo 5 de 2019 y Junio 6 de 2019.

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)  
Florenca, Caquetá



# JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA

Abogada Especialista en Derecho Médico  
Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia

## I. NOTIFICACIONES

La suscrita recibirá notificaciones el correo electrónico [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)

Atentamente,



JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA  
C.C. 52.717.865 de Bogotá  
T.P. 141.975 del CS de la J

---

Oficina Diagonal 27 No. 24A-109 Torre 1 Apto 704  
Número de Contacto: +57 318 3023302  
Correo Electrónico: [jariascuenca@gmail.com](mailto:jariascuenca@gmail.com)  
Florencia, Caquetá

**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

Fecha impresión: lunes, 20 de septiembre de 2021 11:16:37 am

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA miércoles, 13/febrero/2019 - 07:19:28 am

FECHA CIERRE DE CONSULTA miércoles, 13/febrero/2019 - 07:34:03 am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Nro. Historia clínica: 1083924117

Nombres y Apellidos: ANGELA OVIEDO PEREZ

Identificación: CC 1083924117

Fecha Nacimiento: 02/enero/1997 Edad: 22 Años Sexo: Femenino Escolaridad: NINGUNO

Ocupación: No Aplica

Teléfono: 3167303179

Dirección: FLORENCIA

Barrio: LA PRIMAVERA

Municipio: FLORENCIA

Departamento: Caqueta

Gru. Étnico: AFRO-COL

Gru. Poblacional: NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIA

Gru. Vulnerable:

Nacionalidad:

Tipo Usuario: Subsidiado Tipo Afiliado: Beneficiario

Tipo Contrato: CAPITACION Contrato: CONTRATO PROMOCION Y PREVEN

Entidad del Paciente: ESS062 ASMET SALUD EPS S.A.S

Entidad que cubre el servicio: ASMET SALUD EPS S.A.S

Responsable: ANGELA

Acompañante:

**ANAMNESIS****MOTIVO DE CONSULTA:**

CONTROL DEL EMBARAZO

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE DE 22 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON GESTACION EVIDENTE, PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE ABURRIDA POR LA RELACION QUE TIENE CON SU PAREJA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA AMNIOORREA Y/O SANGRADO VAGINAL. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE.

REVISION POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.FLUJO VAGINAL CON PRURITO

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION:NINGUNA

TELEFONO:3167303179

VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES:NEGATIVO

IDX:

1, EMBARAZO DE 21.6 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3, CONSEJERIA SOBRE EL VIH

4,BAJO CONTROL PRENATAL.

5. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE DA BOLETA DE REMISION MANUAL A VACUNACION Y ODONTOLOGIA ; ASISTIR AL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA PRE TEST SOBRE LA TOMA DEL EXAMEN DE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL. SE EXPLICA SENTENCIA 355/2006 QUE HABLA SOBRE LAS CAUSALES QUE HAY PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO; COMO TAMBIEN SE INFORMAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PLANIFICACION FAMILIAR) DESPUES DEL PARTO.

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORAMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS). SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTETRICA LABORATORIOS DE STORCH (VIH, PREVIA ASESORIA DE JEFE DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL) ,PYP, UROCULTIVO+ ANTIBIOGRAMA. EXAMENES CONTEMPLADOS EN RESOLUCION 412/2000 Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION , DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CONTROL CON RESULTADOS.PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR TAL MOTIVO SE SOLICITA VALORACION POR GINECOOBSTETRICA, NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA.

PREGUNTAS DE TAMIZACION PARA VIOLENCIA DOMESTICA.

1. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE GOLPEADA , BOFETEADA O LASTIMADA FISICAMENTE O DE OTRA MANERA? NO.

2.DESDE QUE ESTA EN LA GESTACION HA SIDO GOLPEDADA, BOFETEADA, PATEADA O LASTIMADA FISICAMENTE DE ALGUNA MANERA? NO.

3. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES? NO

**EVOLUCIÓN:****ANTECEDENTES**

**Patológicos**

Padecimientos AGUDA

SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 13/02/2019

**Hábitos**

Durante 0 Años Consume 0 ml tiene 0 años sin consumir Fuma 0 Cigarrillos diarios Durante 0 Años Registra un índice de Tabaquismo de: 0 lleva 0 años sin consumir Durante 0 Años lleva 0 sin consumir 0 veces por semana Durante 0 minutos

**Ginecológicos**

ultima menstruación el 13/09/2018 ,

**Obstetricos**

Gestas Previas 2 , Partos 1 , Abortos 1 , Vaginales 1 , Nacidos Vivos 1 , Nacidos Vivos que aun viven 1 , antedecentes de Gemelares NO , Peso último nacido Peso Normal , En Embarazo con fecha probable del parto el 20/06/2019 , SI es un embarazo planeado, Peso anterior al Embarazo 62 , Talla 157 , ultima menstruación el 13/09/2018 , Es confiable por Ecografia SI , Eg\_Confiable fum al Embarazo SI , Fracaso del ultimo metodo anticonceptivo No Usaba ,

**No Patológicos**

Grupo Sanguineo: O Factor RH: POSITIVO , Acueducto Si , Alcantarillado Si , Aseo Si , Energia Si , Respecto a su higiene personal: Baño diario Si , cambio de ropa a diario Si , cepillado dental Si tipo de vivienda: CASA O DEPTO RESIDENCIAL , la vivienda es: RENTADA , tiene TRES HABITACIONES en cada habitaciones viven MAS DE CUATRO PERSONAS , la vivienda esta construida en ARENA , consume por dia 3 comidas tiene tatuajes o expansores: No , ha tenido intentos de suicidio: No

**REVISIÓN POR SISTEMAS****SIGNOS VITALES****DATOS ANTROPOMÉTRICOS**

Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia Respiratoria	Temp.	Presión Arterial :	Peso :	Talla :	I.M.C.	Superficie C.	Saturación
64 Latidos por Minuto	15 Respiración por Minuto	36 C°	112 / 60 mm Hg	59 Kg	160 Cm	23,05	1,62 Kgr / Mts 2	%

Observaciones:

**EXAMEN FÍSICO**

ESTADO\_NUTRICIONAL: Estado Normal; ASPECTO\_GENERAL: Estado Normal; CABEZA: Estado Normal; OJOS: Estado Normal; BOCA: Estado Normal; ORL: Estado Normal; CUELLO: Estado Normal; TORAX: Estado Normal; CARDIO\_RESPIRATORIO: Estado Normal; ABDOMEN: UTERO GRAVIDO FETO UNICO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO A LA IZQUIERDA FCF 135 XMIN. ALTURA UTERINA DE 19 CMS. MADRE Y ACOMPAÑANTE ESCUCHAN FETOCARDIA; GENITO\_URINARIO: Estado Normal; TACTO\_RECTAL: Estado Normal; OSTEOMUSCULAR: Estado Normal; EXTREMIDADES: Estado Normal; ESFERA\_MENTAL: Estado Normal; NEUROLOGICO: Estado Normal; PIEL: Estado Normal; MAMAS: Estado Normal

**ESCALA DE HERRERA****Historia Reproductiva**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad                                      | <input type="checkbox"/> Hemorragia posparto o Remoción Manual de placenta |
| <input type="checkbox"/> Paridad 0                                 | <input type="checkbox"/> Peso del Recién Nacido                            |
| <input type="checkbox"/> Paridad > 4                               | <input type="checkbox"/> Mortinato /Muerte Neonatal                        |
| <input type="checkbox"/> Cesárea Previa / Embarazo Gemelar         | <input type="checkbox"/> Trabajo de Parto Prolongado / Parto Dificil       |
| <input type="checkbox"/> HTA inducida por Embarazo / Preclamsia    | <input type="checkbox"/> Cirugía Ginecologica Previa                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aborto Habitual / Infertilidad |  |

Condiciones Asociadas	Semanas		
	14 - 27	28 - 32	33 - 40
Enfermedad Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus (Preconcepcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia < 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia Vaginal > 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia (Hb < 10 g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Prolongado (>42 Semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polihidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación frente o transversa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoinmunización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas Agudas (Bacterianas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riesgo Psicosocial	Semanas		
	14 - 27	28 - 32	33 - 40
<b>Anciedad Severa</b>			
Tensión Emocional	Ausente	Ausente	Ausente
Humor Depresivo	Ausente	Ausente	Ausente
Síntomas Neurovegetativos	Ausente	Ausente	Ausente
<b>Soporte Familiar:</b>			
<b>Satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El Tiempo			
El Espacio			
El Dinero			
<b>Sub Total</b>	4	2	2
<b>Riesgo</b>			

**SEGUIMIENTO PLAN DE CUIDADO**

**ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS**

**ANÁLISIS**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

DIAGNÓSTICO 1: Z717 - CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO NUEVO

CAUSA EXTERNA: OTRA FINALIDAD: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

**PLAN DE TRATAMIENTO****PLAN DE TRATAMIENTO - ESTUDIOS SOLICITADOS**

CANTIDAD	ESTUDIO SOLICITADO	COMENTARIOS
1	F 911016 - HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH [ANTÍGENO RH D] EN TUBO **	
1	F 902207 - HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL **	
1	F 907106 - UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA **	
1	F 903841 - GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA **	
1	F 906249 - VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *+	
1	F 906915 - PRUEBA NO TREPONEMICA INTEGRAL **	
1	F 906039 - TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA) + ***	
1	F 906249 - VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *+	
1	F 906127 - TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG G POR EIA**	
1	F 906129 - TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG M POR EIA + *	
1	F 906317 - HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & * +	
1	F 901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA **	
1	F 901235 - UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+ **	
1	F 881431 - ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL §	

**PLAN DE TRATAMIENTO - FARMACOLOGICOS**

Cantidad	Farmacológico Solicitado	Posología	Via Admin.	Comentarios
60	CALCIO CARBONATO 600 MG TABLETA ***	1 TABLETA(S) Cada 12 HORA(S)	ORAL	
30	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 300 MG TABL ETA ***	1 TABLETA(S) Cada 1 DIA(S)	ORAL	

Vigencia de esta orden: 1.0 MESES

**REMISIONES**

Fecha Hora Remisión: 13/02/2019 7:32:58

Institución: ASMET SALUD

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Servicio: APOYO TERAPEUTICO

Tipo Remisión: Consulta Externa

CÓDIGO DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO
Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

**Cuerpo Remisión:**

PACIENTE DE 22 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON GESTACION EVIDENTE, PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE ABURRIDA POR LA RELACION QUE TIENE CON SU PAREJA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA AMNIORREA Y/O SANGRADO VAGINAL. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE.

REVISION POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.FLUJO VAGINAL CON PRURITO

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION:NINGUNA

TELEFONO:3167303179

VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES:NEGATIVO

IDX:

1, EMBARAZO DE 21.6 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3, CONSEJERIA SOBRE EL VIH

4,BAJO CONTROL PRENATAL.

5. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE DA BOLETA DE REMISION MANUAL A VACUNACION Y ODONTOLOGIA ; ASISTIR AL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA PRE TEST SOBRE LA TOMA DEL EXAMEN DE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL. SE EXPLICA SENTENCIA 355/2006 QUE HABLA SOBRE LAS CAUSALES QUE HAY PARA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO; COMO TAM

**HISTORIA CLÍNICA DIGITAL**

HISTORIA CLÍNICA DE:ANGELA OVIEDO PEREZ

**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

ID. 1083924117 IMPRESA POR: ESTADISTICA1

BIEN SE INFORMAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PLANIFICACION FAMILIAR) DESPUES DEL PARTO.

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORAMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS). SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTETRICA LABORATORIOS DE STORCH (VIH, PREVIA ASESORIA DE JEFE DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL) ,PYP, UROCULTIVO+ ANTIBIOGRAMA. EXAMENES CONTEMPLADOS EN RESOLUCION 412/2000 Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION , DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CONTROL CON RESULTADOS.PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR TAL MOTIVO SE SOLICITA VALORACION POR GINECOOBSTETRICIA, NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA.

**Fecha Hora Remisión:** 13/02/2019 7:33:08

**Institución:** ASMET SALUD

**Especialidad:** NUTRICION HUMANA

**Servicio:** APOYO TERAPEUTICO

**Tipo Remisión:** Consulta Externa

**CÓDIGO DIAGNÓSTICO DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO**

Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

**Cuerpo Remisión:**

PACIENTE DE 22 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON GESTACION EVIDENTE, PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE ABURRIDA POR LA RELACION QUE TIENE CON SU PAREJA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA AMNIORREA Y/O SANGRADO VAGINAL. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE.

REVISION POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.FLUJO VAGINAL CON PRURITO

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION:NINGUNA

TELEFONO:3167303179

VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES:NEGATIVO

IDX:

1, EMBARAZO DE 21.6 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3, CONSEJERIA SOBRE EL VIH

4,BAJO CONTROL PRENATAL.

5. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE DA BOLETA DE REMISION MANUAL A VACUNACION Y ODONTOLOGIA ; ASISTIR AL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA PRE TEST SOBRE LA TOMA DEL EXAMEN DE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL. SE EXPLICA SENTENCIA 355/2006 QUE HABLA SOBRE LAS CAUSALES QUE HAY PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO; COMO TAMBIEN SE INFORMAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PLANIFICACION FAMILIAR) DESPUES DEL PARTO.

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORAMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS). SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTETRICA LABORATORIOS DE STORCH (VIH, PREVIA ASESORIA DE JEFE DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL) ,PYP, UROCULTIVO+ ANTIBIOGRAMA. EXAMENES CONTEMPLADOS EN RESOLUCION 412/2000 Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION , DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CONTROL CON RESULTADOS.PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR TAL MOTIVO SE SOLICITA VALORACION POR GINECOOBSTETRICIA, NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA.

**Fecha Hora Remisión:** 13/02/2019 7:33:20

**Institución:** ASMET SALUD

**Especialidad:** PSICOLOGIA

**Servicio:** APOYO TERAPEUTICO

**Tipo Remisión:** Consulta Externa

**CÓDIGO DIAGNÓSTICO DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO**

Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

**Cuerpo Remisión:**

PACIENTE DE 22 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON GESTACION EVIDENTE, PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE ABURRIDA POR LA RELACION QUE TIENE CON SU PAREJA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA AMNIORREA Y/O SANGRADO VAGINAL. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE.

REVISION POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.FLUJO VAGINAL CON PRURITO

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64  
OCUPACION:NINGUNA  
TELEFONO:3167303179  
VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE  
FAMILIARES:NEGATIVO  
IDX:  
1, EMBARAZO DE 21.6 SEMANAS POR FUR  
2. DEPRESION LEVE?  
3, CONSEJERIA SOBRE EL VIH  
4,BAJO CONTROL PRENATAL.  
5. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE DA BOLETA DE REMISION MANUAL A VACUNACION Y ODONTOLOGIA ; ASISTIR AL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA PRE TEST SOBRE LA TOMA DEL EXAMEN DE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL. SE EXPLICA SENTENCIA 355/2006 QUE HABLA SOBRE LAS CAUSALES QUE HAY PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO; COMO TAMBIEN SE INFORMAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PLANIFICACION FAMILIAR) DESPUES DEL PARTO.

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS). SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTETRICA LABORATORIOS DE STORCH (VIH, PREVIA ASESORIA DE JEFE DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL) ,PYP, UROCULTIVO+ ANTIBIOGRAMA. EXAMENES CONTEMPLADOS EN RESOLUCION 412/2000 Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION , DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CONTROL CON RESULTADOS.PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR TAL MOTIVO SE SOLICITA VALORACION POR GINECOOBSTETRICIA, NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA.

**Fecha Hora Remisión:** 13/02/2019 7:33:35

**Institución:** ASMET SALUD

**Especialidad:** PSIQUIATRIA

**Servicio:** APOYO TERAPEUTICO

**Tipo Remisión:** Consulta Externa

CÓDIGO DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO
Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

**Cuerpo Remisión:**

PACIENTE DE 22 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA CON GESTACION EVIDENTE, PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE ABURRIDO POR LA RELACION QUE TIENE CON SU PAREJA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA AMNIOORREA Y/O SANGRADO VAGINAL. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE.

REVISION POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.FLUJO VAGINAL CON PRURITO

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION:NINGUNA

TELEFONO:3167303179

VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES:NEGATIVO

IDX:

1, EMBARAZO DE 21.6 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3, CONSEJERIA SOBRE EL VIH

4,BAJO CONTROL PRENATAL.

5. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE DA BOLETA DE REMISION MANUAL A VACUNACION Y ODONTOLOGIA ; ASISTIR AL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA PRE TEST SOBRE LA TOMA DEL EXAMEN DE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL. SE EXPLICA SENTENCIA 355/2006 QUE HABLA SOBRE LAS CAUSALES QUE HAY PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO; COMO TAMBIEN SE INFORMAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PLANIFICACION FAMILIAR) DESPUES DEL PARTO.

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS). SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTETRICA LABORATORIOS DE STORCH (VIH, PREVIA ASESORIA DE JEFE DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL) ,PYP, UROCULTIVO+ ANTIBIOGRAMA. EXAMENES CONTEMPLADOS EN RESOLUCION 412/2000 Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION , DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CONTROL CON RESULTADOS.PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO POR TAL MOTIVO SE SOLICITA VALORACION POR GINECOOBSTETRICIA, NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA.



# Registro: 4510

Profesional: LUIS CARLOS BETANCUR

Firma del profesional

Especialidad: MEDICO GENERAL

HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

HISTORIA CLÍNICA DE:ANGELA OVIEDO PEREZ

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

ID. 1083924117 IMPRESA POR: ESTADISTICA1

Página 6 of 6

20/09/2021 11:16:39

**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

Fecha impresión: lunes, 20 de septiembre de 2021 11:18:27 am

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA martes, 05/marzo/2019 - 07:58:42 am

FECHA CIERRE DE CONSULTA martes, 05/marzo/2019 - 08:10:58 am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Nro. Historia clínica: 1083924117

Nombres y Apellidos: ANGELA OVIEDO PEREZ

Identificación: CC 1083924117

Fecha Nacimiento: 02/enero/1997 Edad: 22 Años Sexo: Femenino Escolaridad: NINGUNO

Ocupación: No Aplica

Teléfono: 3167303179

Dirección: FLORENCIA

Barrio: LA PRIMAVERA

Municipio: FLORENCIA

Departamento: Caqueta

Gru. Étnico: AFRO-COL

Gru. Poblacional: NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIA

Gru. Vulnerable:

Nacionalidad:

Tipo Usuario: Subsidiado Tipo Afiliado: Beneficiario

Tipo Contrato: CAPITACION

Contrato: CONTRATO PROMOCION Y PREVEN

Entidad del Paciente: ESS062 ASMET SALUD EPS S.A.S

Entidad que cubre el servicio: ASMET SALUD EPS S.A.S

Responsable: ANGELA

Acompañante:

**ANAMNESIS****MOTIVO DE CONSULTA:**

CONTROL POSTPARTO

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE GESTANTE DE 22 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE A LA CONSULTA PARA PRESENTAR RESULTADOS DE LABORATORIOS SOLICITADOS EN EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMÁTICA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO AMNORREA NI SANGRADO. PACIENTE ASISTE SOLA A LA CONSULTA

REVISIÓN POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO. FLUJO VAGINAL CON PRURITO

Antecedentes G.O

FUR: 13/09/2018

FPP: 20/06/2019

CICLOS: IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION: LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION: NINGUNA

TELEFONO: 3167303179

VIVIENDA: ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES: NEGATIVO

CUADRO HEMÁTICO: FECHA: 14/02/2019 NORMAL

PARCIAL DE ORINA: FECHA: 14/02/2019 NORMAL, UROCULTIVO POSITIVO SENSIBLE NITROFURANTOINA 26/02/2019 CORPOMEDICA

VDRL: NO REACTIVO, FTABS NEGATIVO

HEMOCLASIFICACION: O POSITIVO

GLICEMIA: 77

TOXOPLASMA IgG: POSITIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

TOXOPLASMA IgM: NEGATIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

AgshB: NEGATIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

VIH: NO REACTIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

ECOGRAFIA OBSTETRICA: FECHA:

27 FEBRERO 2019 EMBARAZO DE 24 SEMANAS PLACENTA POSTERIOR PODALICO DORSO ANTERIOR PEF 688 GR FPP 19/06/2019 HOY 24.6

IDX:

1. EMBARAZO DE 24.5 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3. IVU

4. BAJO CONTROL PRENATAL.

5. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE RECOMIENDA VACUNACION, SE RECOMIENDA CONSULTAR OPORTUNAMENTE A ODONTOLOGIA Y ASISTIR A CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA POST TEST SOBRE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS (SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS, CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS) PACIENTE QUIEN AUN EPS NO HA DADO CITA POR GINECOOBSTETRICIA. YA FUE VALORADA EN NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA, POR ODONTOLOGIA. YA INICIO ESQUEMA DE VACUNAS. SE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO. SE SOLICITA UROCULTIVO+ AB POST TRATAMIENTO. CONTROL CON RESULTADOS.

PREGUNTAS DE TAMIZACION PARA VIOLENCIA DOMESTICA.

1. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE GOLPEADA , BOFETEADA O LASTIMADA FISICAMENTE O DE OTRA MANERA? NO.
2. DESDE QUE ESTA EN LA GESTACION HA SIDO GOLPEADA, BOFETEADA, PATEADA O LASTIMADA FISICAMENTE DE ALGUNA MANERA? NO.
3. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES? NO

EVOLUCIÓN:

ANTECEDENTES

Patológicos

Padecimientos AGUDA  
 EXAMEN ODONTOLOGICO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 20/02/2019  
 Padecimientos CRONICA  
 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 05/03/2019

Hábitos

ALCOHOL No consume  
 TABACO No consume  
 TOXICOS No consume  
 No realiza Actividad fisica

Ginecológicos

ultima menstruación el 13/09/2018 ,

Obstetricos

Gestas Previas 2 , Partos 1 , Abortos 1 , Vaginales 1 , Nacidos Vivos 1 , Nacidos Vivos que aun viven 1 , antecedentes de Gemelares NO , Fecha del Embarazo anterior 26/03/2014 , Peso último nacido Peso Normal , En Embarazo con fecha probable del parto el 20/06/2019 , SI es un embarazo planeado, Peso anterior al Embarazo 62 , Talla 157 , ultima menstruación el 13/09/2018 , Es confiable por Ecografia SI , Eg\_Confiable fum al Embarazo SI , Fracaso del ultimo metodo anticonceptivo No Usaba ,

Alérgicos

Interrogado y Negado

No Patológicos

Grupo Sanguineo: O Factor RH: POSITIVO , Acueducto Si , Alcantarillado Si , Aseo Si , Energia Si , Gas Si , Respecto a su higiene personal: Baño diario Si , cambio de ropa a diario Si , cepillado dental Si 2 veces al dia, tipo de vivienda: VIVIENDA CON CUARTOS IMPROVISADOS , la vivienda es: RENTADA , tiene TRES HABITACIONES en cada habitaciones viven UNA O DOS PERSONAS , la vivienda esta construida en ARENA , consume por dia 3 comidas y 1 colaciones, Leche y derivados 7 /7, Legumbres 4 /7, Verduras y hortalizas 4 /7, alimentos proteicos 5 /7, Azucares 5 /7, Frutas 4 /7, Cereales 4 /7, Grasas y Aceites 4 /7, consumo de liquidos: AGUA 2 VASOS AL DIA tiene tatuajes o expansores: No , ha tenido intentos de suicidio: No

Ocupacionales

- ¿Levanta cargas pesadas? NO
- ¿Asume posturas inadecuadas? NO
- ¿Digita permanentemente? NO
- ¿Le han ordenado oxígeno? NO
- ¿Trabaja en minas de extracción de metales? NO
- ¿Trabaja expuesto a ruidos? NO
- ¿Trabaja expuesto a temperaturas extremas? NO
- ¿Esta expuesto a vapores, humo o sustancias químicas? NO

Familiares

PADRE : Antecedentes de Falleció a la edad de 32 años, a causa de MUERTE VIOLENTA .

REVISIÓN POR SISTEMAS

SIGNOS VITALES

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia Respiratoria	Temp.	Presión Arterial :	Peso :	Talla :	I.M.C.	Superficie C.	Saturación
73 Latidos por Minuto	15 Respiración por Minuto	36 C°	118 / 60 mm Hg	60 Kg	160 Cm	23,44	1,63 Kgr / Mts 2	%

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

ESTADO\_NUTRICIONAL: Estado Normal; ASPECTO\_GENERAL: Estado Normal; CABEZA: Estado Normal; OJOS: Estado Normal; BOCA: Estado Normal; ORL: Estado Normal; CUELLO: Estado Normal; TORAX: Estado Normal; CARDIO\_RESPIRATORIO: Estado Normal; ABDOMEN: UTERO GRAVIDOF ETO UNICO TRANSVERSO POLO CEFALICO A LA DERECHA FCF 136 XMIN. ALTURA UTERINA DE 25 CMS. MADRE ESCUCHA FETOCARDIA; GENITO\_URINARIO: Estado Normal; TACTO\_RECTAL: Estado Normal; OSTEOMUSCULAR: Estado Normal; EXTREMIDADES: Estado Normal; ESFERA\_MENTAL: Estado Normal; NEUROLOGICO: Estado Normal; PIEL: Estado Normal; MAMAS: Estado Normal

ESCALA DE HERRERA

### Historia Reproductiva

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad                                      | <input type="checkbox"/> Hemorragia posparto o Remoción Manual de placenta |
| <input type="checkbox"/> Paridad 0                                 | <input type="checkbox"/> Peso del Recién Nacido                            |
| <input type="checkbox"/> Paridad > 4                               | <input type="checkbox"/> Mortinato /Muerte Neonatal                        |
| <input type="checkbox"/> Cesárea Previa / Embarazo Gemelar         | <input type="checkbox"/> Trabajo de Parto Prolongado / Parto Dificil       |
| <input type="checkbox"/> HTA inducida por Embarazo / Preclamsia    | <input type="checkbox"/> Cirugía Ginecologica Previa                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aborto Habitual / Infertilidad |  |

### Semanas

#### Condiciones Asociadas

	14 - 27	28 - 32	33 - 40
Enfermedad Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus (Preconcepcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia < 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia Vaginal > 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia (Hb < 10 g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Prolongado (>42 Semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polihidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación frente o transversa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoinmunización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas Agudas (Bacterianas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Semanas

#### Riesgo Psicosocial

14 - 27                      28 - 32                      33 - 40

#### Anciedad Severa

Tensión Emocional	Ausente	Ausente	Ausente
Humor Depresivo	Ausente	Ausente	Ausente
Síntomas Neurovegetativos	Ausente	Ausente	Ausente

#### Soporte Familiar:

#### Satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe

Si  No                       Si  No                       Si  No

El Tiempo			
El Espacio			
El Dinero			

#### Sub Total

4                      2                      2

#### Riesgo

                    

### SEGUIMIENTO PLAN DE CUIDADO

### ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS

#### ANÁLISIS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO REPETIDO

CAUSA EXTERNA: OTRA

FINALIDAD: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

**PLAN DE TRATAMIENTO**

**PLAN DE TRATAMIENTO - ESTUDIOS SOLICITADOS**

CANTIDAD	ESTUDIO SOLICITADO	COMENTARIOS
1	F 901235 - UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+ **	

**PLAN DE TRATAMIENTO - FARMACOLOGICOS**

Cantidad	Farmacológico Solicitado	Posología	Via Admin.	Comentarios
14	NITROFURANTOINA 100 MG TABLETA O CAPSULA	1 TABLETA(S) Cada 12 HORA(S)	ORAL	
20	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS ***	1 TABLETA(S) Cada 6 H ORA(S)	ORAL	

Vigencia de esta orden: 1.0 MESES



# Registro: 4510

Especialidad: MEDICO GENERAL

Profesional: LUIS CARLOS BETANCUR

Firma del profesional



HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Fecha impresión: lunes, 20 de septiembre de 2021 11:18:45 am

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA viernes, 05/abril/2019 - 07:00:39 am

FECHA CIERRE DE CONSULTA viernes, 05/abril/2019 - 07:12:54 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. Historia clínica: 1083924117

Nombres y Apellidos: ANGELA OVIEDO PEREZ

Identificación: CC 1083924117

Fecha Nacimiento: 02/enero/1997 Edad:22 Años Sexo: Femenino Escolaridad: NINGUNO

Ocupación: No Aplica

Teléfono: 3167303179

Dirección: FLORENCIA

Barrio: LA PRIMAVERA

Municipio: FLORENCIA

Departamento: Caqueta

Gru. Étnico: AFRO-COL

Gru. Poblacional: NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIA

Gru. Vulnerable:

Nacionalidad:

Tipo Usuario: Subsidiado Tipo Afiliado: Beneficiario

Tipo Contrato: CAPITACION Contrato: CONTRATO PROMOCION Y PREVEN

Entidad del Paciente: ESS062 ASMET SALUD EPS S.A.S

Entidad que cubre el servicio: ASMET SALUD EPS S.A.S

Responsable: ANGELA

Acompañante:

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL DEL EMBARAZO

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE GESTANTE DE 22 AÑOS, CON PARIDAD G3P1A1V1, QUIEN ASISTE A CONSULTA PARA CONTROL DEL EMBARAZO. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMÁTICA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO AMNIOORREA NI SANGRADO. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE.

REVISIÓN POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION:NINGUNA

TELEFONO:3167303179

VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES:NEGATIVO

CUADRO HEMÁTICO: FECHA:14/02/2019 NORMAL

PARCIAL DE ORINA: FECHA:14/02/2019 NORMAL, UROCULTIVO POSITIVO SENSIBLE NITROFURANTOINA 26/02/2019 CORPOMEDICA

VDRL: NO REACTIVO, FTABS NEGATIVO

HEMOCLASIFICACION:O POSITIVO

GLICEMIA:77

TOXOPLASMA IgG: POSITIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

TOXOPLASMA IgM: NEGATIVO26/02/2019 CORPOMEDICA

AgshB:NEGATIVO26/02/2019 CORPOMEDICA

VIH:NO REACTIVO26/02/2019 CORPOMEDICA

ECOGRAFIA OBSTETRICA: FECHA:

27 FEBRERO 2019 EMBARAZO DE 24 SEMANAS PLACENTA POSTERIOR PODALICO DORSO ANTERIOR PEF 688 GR FPP 19/06/2019 HOY 29.2

IDX:

1. EMBARAZO DE 29.1 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3.,BAJO CONTROL PRENATAL.

4. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE RECOMIENDA VACUNACION, SE RECOMIENDA CONSULTAR OPORTUNAMENTE A ODONTOLOGIA Y ASISTIR A CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA POST TEST SOBRE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORAMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS)PACIENTE QUIEN FUE VALORADA POR GINECOOBSTETRICA QUIEN ORDENA LABORATORIO Y FDA CUITA CONTROL. YA FUE VALORADA POR NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA,POR ODONTOLOGIA. YA TIENE ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS. TIENE PENDEINTE RESULTADO DE UROCULTIVO+ AB. SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, VDRL, HEMOGRAMA, VIH( PREVIA ASESORIA DE JEFE DE ENFERMERIA ENCARGADA DEL PROGRAMA),

TOXOPLASMA IGM, HEPATITIS B, ECOGRAFIA OBSTETRICA+ PBF, CULTIVO RECTAL Y VAGINAL, CURVA DE GLUCOSA. EXAMENES CORRESPONDIENTES AL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO SEGUN RESOLUCION 412 Y GPC.

PREGUNTAS DE TAMIZACION PARA VIOLENCIA DOMESTICA.

1. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE GOLPEADA, BOFETEADA O LASTIMADA FISICAMENTE O DE OTRA MANERA? NO.

2. DESDE QUE ESTA EN LA GESTACION HA SIDO GOLPEADA, BOFETEADA, PATEADA O LASTIMADA FISICAMENTE DE ALGUNA MANERA? NO.

3. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES? NO

EVOLUCIÓN:

## ANTECEDENTES

### Patológicos

Padecimientos AGUDA

EXAMEN ODONTOLOGICO, a los 22 AÑOS años, ultimo control el 20/02/2019

Padecimientos CRONICA

SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, a los 22 AÑOS años, ultimo control el 05/04/2019 07:12:54 a.m.

### Hábitos

ALCOHOL No consume

TABACO No consume

TOXICOS No consume

No realiza Actividad fisica

### Ginecológicos

ultima menstruación el 13/09/2018,

### Obstetricos

Gestas Previas 2, Partos 1, Abortos 1, Vaginales 1, Nacidos Vivos 1, Nacidos Vivos que aun viven 1, antecedentes de Gemelares NO, Fecha del Embarazo anterior 26/03/2014, Peso último nacido Peso Normal, En Embarazo con fecha probable del parto el 20/06/2019, SI es un embarazo planeado, Peso anterior al Embarazo 62, Talla 157, ultima menstruación el 13/09/2018, Es confiable por Ecografia SI, Eg\_Confiable fum al Embarazo SI, Fracaso del ultimo metodo anticonceptivo No Usaba,

### Alérgicos

Interrogado y Negado

### No Patológicos

Grupo Sanguineo: O Factor RH: POSITIVO, Acueducto Si, Alcantarillado Si, Aseo Si, Energia Si, Gas Si, Respecto a su higiene personal: Baño diario Si, cambio de ropa a diario Si, cepillado dental Si 2 veces al dia, tipo de vivienda: VIVIENDA CON CUARTOS IMPROVISADOS, la vivienda es: RENTADA, tiene TRES HABITACIONES en cada habitaciones viven UNA O DOS PERSONAS, la vivienda esta construida en ARENA, consume por dia 3 comidas y 1 colaciones, Leche y derivados 7 /7, Legumbres 4 /7, Verduras y hortalizas 4 /7, alimentos proteicos 5 /7, Azucars 5 /7, Frutas 4 /7, Cereales 4 /7, Grasas y Aceites 4 /7, consumo de liquidos: AGUA 2 VASOS AL DIA tiene tatuajes o expansores: No, ha tenido intentos de suicidio: Si

### Ocupacionales

¿Levanta cargas pesadas? NO

¿Asume posturas inadecuadas? NO

¿Digita permanentemente? NO

¿Le han ordenado oxígeno? NO

¿Trabaja en minas de extracción de metales? NO

¿Trabaja expuesto a ruidos? NO

¿Trabaja expuesto a temperaturas extremas? NO

¿Esta expuesto a vapores, humo o sustancias químicas? NO

### Familiares

PADRE : Antecedentes de Falleció a la edad de 32 años, a causa de MUERTE VIOLENTA.

## REVISIÓN POR SISTEMAS

### SIGNOS VITALES

### DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia Respiratoria	Temp.	Presión Arterial :	Peso :	Talla :	I.M.C.	Superficie C.	Saturación
67 Latidos por Minuto	15 Respiración por Minuto	36 C°	118 / 60 mm Hg	61,5 Kg	160 Cm	24,02	1,65 Kgr / Mts 2	%

Observaciones:

## EXAMEN FÍSICO

ESTADO\_NUTRICIONAL: Estado Normal; ASPECTO\_GENERAL: Estado Normal; CABEZA: Estado Normal; OJOS: Estado Normal; BOCA: Estado Normal; ORL: Estado Normal; CUELLO: Estado Normal; TORAX: Estado Normal; CARDIO\_RESPIRATORIO: Estado Normal; ABDOMEN: UTERO GRAVIDO FETO UNICO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO A LA DERECHA FCF 131 XMIN. ALTURA UTERINA DE 29 CMS. MADRE ESCUCHA FETOCARDIA; GENITO\_URINARIO: Estado Normal; TACTO\_RECTAL: Estado Normal; OSTEOMUSCULAR: Estado Normal; EXTREMIDADES: Estado Normal; ESFERA\_MENTAL: Estado Normal; NEUROLOGICO: Estado Normal; PIEL: Estado Normal; MAMAS: Estado Normal

## ESCALA DE HERRERA

### Historia Reproductiva

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad                                      | <input type="checkbox"/> Hemorragia posparto o Remoción Manual de placenta |
| <input type="checkbox"/> Paridad 0                                 | <input type="checkbox"/> Peso del Recién Nacido                            |
| <input type="checkbox"/> Paridad > 4                               | <input type="checkbox"/> Mortinato /Muerte Neonatal                        |
| <input type="checkbox"/> Cesárea Previa / Embarazo Gemelar         | <input type="checkbox"/> Trabajo de Parto Prolongado / Parto Dificil       |
| <input type="checkbox"/> HTA inducida por Embarazo / Preclamsia    | <input type="checkbox"/> Cirugía Ginecologica Previa                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aborto Habitual / Infertilidad |  |

Condiciones Asociadas	Semanas		
	14 - 27	28 - 32	33 - 40
Enfermedad Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus (Preconcepcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia < 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia Vaginal > 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia (Hb < 10 g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Prolongado (>42 Semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polihidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación frente o transversa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoinmunización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas Agudas (Bacterianas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riesgo Psicosocial	Semanas		
	14 - 27	28 - 32	33 - 40
<b>Anciedad Severa</b>			
Tensión Emocional	Ausente	Ausente	Ausente
Humor Depresivo	Ausente	Ausente	Ausente
Síntomas Neurovegetativos	Ausente	Ausente	Ausente
<b>Soporte Familiar:</b>			
<b>Satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El Tiempo			
El Espacio			
El Dinero			
<b>Sub Total</b>	4	2	2
<b>Riesgo</b>			

### SEGUIMIENTO PLAN DE CUIDADO

### ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS

#### ANÁLISIS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO REPETIDO

CAUSA EXTERNA: OTRA

FINALIDAD: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

### PLAN DE TRATAMIENTO

### PLAN DE TRATAMIENTO - ESTUDIOS SOLICITADOS

CANTIDAD	ESTUDIO SOLICITADO	COMENTARIOS
1	F 907106 - UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA **	
1	F 906915 - PRUEBA NO TREPONEMICA INTEGRAL **	
1	F 902207 - HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL **	
1	F 906249 - VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *+	
1	F 906129 - TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG M POR EIA + *	
1	F 906317 - HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & * +	
1	F 901210 - CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS *	
1	F 881434 - ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO +	

### PLAN DE TRATAMIENTO - FARMACOLOGICOS

Cantidad	Farmacológico Solicitado	Posología	Vía Admin.	Comentarios
60	CALCIO CARBONATO 600 MG TABLETA ***	1 TABLETA(S) Cada 12 HORA(S)	ORAL	
30	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 300 MG TABL ETA ***	1 TABLETA(S) Cada 1 DIA(S)	ORAL	

Vigencia de esta orden: 1.0 MESES

### NOTAS MEDICAS

### DIAGNÓSTICOS Y CONDUCTA

FECHA DE REGISTRO:05/04/2019 7:13:57

### ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS

#### ANÁLISIS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

DIAGNÓSTICO 1:

DIAGNÓSTICO 2:

DIAGNÓSTICO 3:

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO REPETIDO

FECHA REGISTRO:05/04/2019 7:13:57

CAUSA EXTERNA: OTRA

FINALIDAD: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

### PLAN DE MANEJO - PLAN DE TRATAMIENTO

### PLAN DE TRATAMIENTO - ESTUDIOS SOLICITADOS

CANTIDAD	ESTUDIO SOLICITADO	COMENTARIOS
1	F 903844 - GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA **	



---

**# Registro:** 4510  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL

**Profesional:** LUIS CARLOS BETANCUR

Firma del Profesional



---

**# Registro:** 4510  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL

**Profesional:** LUIS CARLOS BETANCUR

Firma del profesional



HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Fecha impresión: lunes, 20 de septiembre de 2021 11:19:04 am

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA lunes, 06/mayo/2019 - 07:44:21 am

FECHA CIERRE DE CONSULTA lunes, 06/mayo/2019 - 08:12:37 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. Historia clínica: 1083924117

Nombres y Apellidos: ANGELA OVIEDO PEREZ

Identificación: CC 1083924117

Fecha Nacimiento: 02/enero/1997 Edad:22 Años Sexo: Femenino Escolaridad: NINGUNO

Ocupación: No Aplica

Teléfono: 3167303179

Dirección: FLORENCIA

Barrio: LA PRIMAVERA

Municipio: FLORENCIA

Departamento: Caqueta

Gru. Étnico: AFRO-COL

Gru. Poblacional: NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIA

Gru. Vulnerable:

Nacionalidad:

Tipo Usuario: Subsidiado Tipo Afiliado: Beneficiario

Tipo Contrato: CAPITACION Contrato: CONTRATO PROMOCION Y PREVEN

Entidad del Paciente: ESS062 ASMET SALUD EPS S.A.S

Entidad que cubre el servicio: ASMET SALUD EPS S.A.S

Responsable: ANGELA

Acompañante:

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL DEL EMBARAZO

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE GESTANTE DE 22 AÑOS, CON PARIDAD G3P1A1V1, QUIEN ASISTE A CONSULTA PARA CONTROL DEL EMBARAZO. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMÁTICA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO AMNIOORREA NI SANGRADO. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE.

REVISIÓN POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.

Antecedentes G.O

FUR:13/09/2018

FPP:20/06/2019

CICLOS:IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION:LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION:NINGUNA

TELEFONO:3167303179

VIVIENDA:ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES:NEGATIVO

CUADRO HEMATICO: FECHA:14/02/2019 NORMAL, 11/04/2019 NORMAL CORPOMEDICA

PARCIAL DE ORINA: FECHA:14/02/2019 NORMAL, UROCULTIVO POSITIVO SENSIBLE NITROFURANTOINA 26/02/2019 CORPOMEDICA, 22/04/2019

NORMAL, UROCULTIVO 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

VDRL: NO REACTIVO, FTABS NEGATIVO. 22/04/2019 NO REACTIVO

HEMOCLASIFICACION:O POSITIVO

GLICEMIA:77 O SULLIVAN 11/04/2019 CORPOMEDICA NORMAL

TOXOPLASMA IgG: POSITIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

TOXOPLASMA IgM: NEGATIVO26/02/2019 CORPOMEDICA, 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

AgsHB:NEGATIVO26/02/2019 CORPOMEDICA 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

VIH:NO REACTIVO26/02/2019 CORPOMEDICA 11/04/2019 CORPOMEDICA NO REACTIVO

CULTIVO RECTAL 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

ECOGRAFIA OBSTETRICA: FECHA:

27 FEBRERO 2019 EMBARAZO DE 24 SEMANAS PLACENTA POSTERIOR PODALICO DORSO ANTERIOR PEF 688 GR FPP 19/06/2019 HOY 33.5

IDX:

1, EMBARAZO DE 33.4 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE?

3.,BAJO CONTROL PRENATAL.

4. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE RECOMIENDA VACUNACION, SE RECOMIENDA CONSULTAR OPORTUNAMENTE A ODONTOLOGIA Y ASISTIR A CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA CONSEJERIA POST TEST SOBRE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORAMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS)PACIENTE QUIEN FUE VALORADA POR GINECOOBSTETRICIA QUIEN ORDENA LABORATORIO Y DA CITA CONTROL. YA FUE VALORADA POR NUTRICION, PSICOLOGIA,

PSIQUIATRIA,POR ODONTOLOGIA. YA TIENE ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS. TIENE PENDEINTE TOMA DE ECOGRAFIA OBSTETRICA+ PBF. SE SOLICITA MONITORIA FETAL CADA SEMANA. CONTROL CON RESULTADOS,

PREGUNTAS DE TAMIZACION PARA VIOLENCIA DOMESTICA.

1. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE GOLPEADA , BOFETEADA O LASTIMADA FISICAMENTE O DE OTRA MANERA? NO.

2.DESDE QUE ESTA EN LA GESTACION HA SIDO GOLPEDADA, BOFETEADA, PATEADA O LASTIMADA FISICAMENTE DE ALGUNA MANERA? NO.

3. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES? NO

#### EVOLUCIÓN:

### ANTECEDENTES

#### Patológicos

Padecimientos AGUDA

EXAMEN ODONTOLOGICO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 20/02/2019

Padecimientos CRONICA

SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 06/05/2019 08:12:37 a.m.

#### Hábitos

ALCOHOL No consume

TABACO No consume

TOXICOS No consume

No realiza Actividad fisica

#### Ginecológicos

ultima menstruación el 13/09/2018 ,

#### Obstetricos

Gestas Previas 2 , Partos 1 , Abortos 1 , Vaginales 1 , Nacidos Vivos 1 , Nacidos Vivos que aun viven 1 , antecedentes de Gemelares NO , Fecha del Embarazo anterior 26/03/2014 , Peso último nacido Peso Normal , En Embarazo con fecha probable del parto el 20/06/2019 , SI es un embarazo planeado, Peso anterior al Embarazo 62 , Talla 157 , ultima menstruación el 13/09/2018 , Es confiable por Ecografia SI , Eg\_Confiable fum al Embarazo SI , Fracaso del ultimo metodo anticonceptivo No Usaba ,

#### Alérgicos

Interrogado y Negado

#### No Patológicos

Grupo Sanguineo: O Factor RH: POSITIVO , Acueducto Si , Alcantarillado Si , Aseo Si , Energia Si , Gas Si , Respecto a su higiene personal: Baño diario Si , cambio de ropa a diario Si , cepillado dental Si 2 veces al dia, tipo de vivienda: VIVIENDA CON CUARTOS IMPROVISADOS , la vivienda es: RENTADA , tiene TRES HABITACIONES en cada habitaciones viven UNA O DOS PERSONAS , la vivienda esta construida en ARENA , consume por dia 3 comidas y 1 colaciones, Leche y derivados 7 /7, Legumbres 4 /7, Verduras y hortalizas 4 /7, alimentos proteicos 5 /7, Azucares 5 /7, Frutas 4 /7, Cereales 4 /7, Grasas y Aceites 4 /7, consumo de liquidos: AGUA 2 VASOS AL DIA tiene tatuajes o expansores: No , ha tenido intentos de suicidio: Si

#### Ocupacionales

¿Levanta cargas pesadas? NO

¿Asume posturas inadecuadas? NO

¿Digita permanentemente? NO

¿Le han ordenado oxígeno? NO

¿Trabaja en minas de extracción de metales? NO

¿Trabaja expuesto a ruidos? NO

¿Trabaja expuesto a temperaturas extremas? NO

¿Esta expuesto a vapores, humo o sustancias químicas? NO

#### Familiares

PADRE : Antecedentes de Falleció a la edad de 32 años, a causa de MUERTE VIOLENTA .

### REVISIÓN POR SISTEMAS

#### SIGNOS VITALES

#### DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia Respiratoria	Temp.	Presión Arterial :	Peso :	Talla :	I.M.C.	Superficie C.	Saturación
76 Latidos por Minuto	15 Respiración por Minuto	36 C°	114 / 70 mm Hg	62 Kg	160 Cm	24,22	1,66 Kgr / Mts 2	%

Observaciones:

### EXAMEN FÍSICO

ESTADO\_NUTRICIONAL: Estado Normal; ASPECTO\_GENERAL: Estado Normal; CABEZA: Estado Normal; OJOS: Estado Normal; BOCA: Estado Normal; ORL: Estado Normal; CUELLO: Estado Normal; TORAX: Estado Normal; CARDIO\_RESPIRATORIO: Estado Normal; ABDOMEN: UTERO GRAVIDO FETO UNICO LONGITUDINAL CEFALICO DORSO A LA DERECHA FCF 136 XMIN. ALTURA UTERINA DE 32 CMS. AMDREESCUCHA FETOCARDIA; GENITO\_URINARIO: Estado Normal; TACTO\_RECTAL: Estado Normal; OSTEOMUSCULAR: Estado Normal; EXTREMIDADES: Estado Normal; ESFERA\_MENTAL: Estado Normal; NEUROLOGICO: Estado Normal; PIEL: Estado Normal; MAMAS: Estado Normal

### ESCALA DE HERRERA

### Historia Reproductiva

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad                                      | <input type="checkbox"/> Hemorragia posparto o Remoción Manual de placenta |
| <input type="checkbox"/> Paridad 0                                 | <input type="checkbox"/> Peso del Recién Nacido                            |
| <input type="checkbox"/> Paridad > 4                               | <input type="checkbox"/> Mortinato /Muerte Neonatal                        |
| <input type="checkbox"/> Cesárea Previa / Embarazo Gemelar         | <input type="checkbox"/> Trabajo de Parto Prolongado / Parto Dificil       |
| <input type="checkbox"/> HTA inducida por Embarazo / Preclamsia    | <input type="checkbox"/> Cirugía Ginecologica Previa                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aborto Habitual / Infertilidad |  |

### Semanas

#### Condiciones Asociadas

	14 - 27	28 - 32	33 - 40
Enfermedad Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus (Preconcepcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia < 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia Vaginal > 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia (Hb < 10 g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Prolongado (>42 Semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polihidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación frente o transversa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoinmunización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas Agudas (Bacterianas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Semanas

#### Riesgo Psicosocial

14 - 27                      28 - 32                      33 - 40

#### Anciedad Severa

Tensión Emocional	Ausente	Ausente	Ausente
Humor Depresivo	Ausente	Ausente	Ausente
Síntomas Neurovegetativos	Ausente	Ausente	Ausente

#### Soporte Familiar:

#### Satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe

Si  No                       Si  No                       Si  No

El Tiempo			
El Espacio			
El Dinero			

#### Sub Total

4                      2                      2

#### Riesgo

                    

### SEGUIMIENTO PLAN DE CUIDADO

### ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS

#### ANÁLISIS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO REPETIDO

CAUSA EXTERNA: OTRA

FINALIDAD: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

### PLAN DE TRATAMIENTO - FARMACOLOGICOS

Cantidad	Farmacológico Solicitado	Posología	Via Admin.	Comentarios
60	CALCIO CARBONATO 600 MG TABLETA ***	1 TABLETA(S) Cada 12 HORA(S) Por 0.0	ORAL	
30	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 300 MG TABL ETA ***	1 TABLETA(S) Cada 1 DIA(S) Por 0.0	ORAL	

Vigencia de esta orden: 1.0 MESES

### PLAN DE TRATAMIENTO - PROCEDIMIENTOS

Cantidad	Procedimiento Solicitado	Comentarios u Observaciones	Suspendido	Prof. Solicita Prof. Suministra	Genero Consentimiento
3	897011 - MONITORIA FETAL ANTEPARTO	TOMAR CADA SEMANA	<input type="checkbox"/>	LUIS CARLOS BETANCUR LUIS CARLOS BETANCUR	<input type="checkbox"/>



# Registro: 4510

Especialidad: MEDICO GENERAL

Profesional: LUIS CARLOS BETANCUR

Firma del profesional

**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

Fecha impresión: lunes, 20 de septiembre de 2021 11:19:30 am

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA jueves, 06/junio/2019 - 07:07:55 am

FECHA CIERRE DE CONSULTA jueves, 06/junio/2019 - 07:26:20 am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Nro. Historia clínica: 1083924117

Nombres y Apellidos: ANGELA OVIEDO PEREZ

Identificación: CC 1083924117

Fecha Nacimiento: 02/enero/1997 Edad: 22 Años Sexo: Femenino Escolaridad: NINGUNO

Ocupación: No Aplica

Teléfono: 3167303179

Dirección: FLORENCIA

Barrio: LA PRIMAVERA

Municipio: FLORENCIA

Departamento: Caqueta

Gru. Étnico: AFRO-COL

Gru. Poblacional: NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIA

Gru. Vulnerable:

Nacionalidad:

Tipo Usuario: Subsidiado Tipo Afiliado: Beneficiario

Tipo Contrato: EVENTO

Contrato: CONTRATO PE Y DT (PYP) ASMET

Entidad del Paciente: ESS062 ASMET SALUD EPS S.A.S

Entidad que cubre el servicio: ASMET SALUD EPS S.A.S

Responsable: ANGELA

Acompañante:

**ANAMNESIS**SINTOMÁTICO RESPIRATORIO: Si  No  VÍCTIMA DE MALTRATO: Si  No  VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL: Si  No SINTOMÁTICO PIEL: Si  No **MOTIVO DE CONSULTA:**

CONTROL DEL EMBARAZO

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE GESTANTE DE 22 AÑOS, CON PARIDAD G3P1A1V1, QUIEN ASISTE A CONSULTA PARA CONTROL DEL EMBARAZO. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMÁTICA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO AMNIOORREA NI SANGRADO. NIEGA ACTIVIDAD UTERINA. PACIENTE ASISTE A LA CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU HERMANA REVISIÓN POR SISTEMAS: DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO.

Antecedentes G.O

FUR: 13/09/2018

FPP: 20/06/2019

CICLOS: IRREGULARES

PARIDAD

G3P1A1V1

ANTECEDENTES PSICOSOCIAL: EMBARAZO PLANEADO ( SI DESEA TENERLO)

DIRECCION: LA PRIMAVERA CL 4B 6BIS -64

OCUPACION: NINGUNA

TELEFONO: 3167303179

VIVIENDA: ARRIENDO CONVIVE CON SU MADRE

FAMILIARES: NEGATIVO

CUADRO HEMÁTICO: FECHA: 14/02/2019 NORMAL, 11/04/2019 NORMAL CORPOMEDICA

PARCIAL DE ORINA: FECHA: 14/02/2019 NORMAL, UROCULTIVO POSITIVO SENSIBLE NITROFURANTOINA 26/02/2019 CORPOMEDICA, 22/04/2019

NORMAL, UROCULTIVO 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

VDRL: NO REACTIVO, FTABS NEGATIVO. 22/04/2019 NO REACTIVO

HEMOCLASIFICACION: O POSITIVO

GLICEMIA: 77 O SULLIVAN 11/04/2019 CORPOMEDICA NORMAL

TOXOPLASMA IgG: POSITIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA

TOXOPLASMA IgM: NEGATIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA, 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

AgshB: NEGATIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

VIH: NO REACTIVO 26/02/2019 CORPOMEDICA 11/04/2019 CORPOMEDICA NO REACTIVO

CULTIVO RECTAL 11/04/2019 CORPOMEDICA NEGATIVO

ECOGRAFIA OBSTETRICA: FECHA:

27 FEBRERO 2019 EMBARAZO DE 24 SEMANAS PLACENTA POSTERIOR PODALICO DORSO ANTERIOR PEF 688 GR FPP 19/06/2019 HOY 38.1

31/05/2019 EMBARAZO DE 36.5 PLACENTA CORPORAL POSTERIOR TRANSVERSO POLO CEFALICO A LA DERECHA FPP 20/06/2019 PBF 8/8 PEF

2976 GR HOY 37.4

MONITORIA FETAL NST REACTIVO

IDX:

1. EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR FUR

2. DEPRESION LEVE CONTROLADA.

3. BAJO CONTROL PRENATAL.

4. FETO VIVO

PLAN: SE ORDENAN MICRONUTRIENTES ACIDO FOLICO, CARBONATO DE CALCIO, SULFATO FERROSO, SE RECOMIENDA VACUNACION, SE RECOMIENDA CONSULTAR OPORTUNAMENTE A ODONTOLOGIA Y ASISTIR A CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD SEGURA, SE DA

CONSEJERIA POST TEST SOBRE VIH. EDUCACION EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, NUTRICION EN EL EMBARAZO, CITA CONTROL

PACIENTE A LA QUE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS(SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LÍQUIDOS POR LA VAGINA, DISMINUCION O ASUSENCIA DE DE MOVIMIENTOS FETALES EN 24 HORAS, , VISION BORROSA VER ESTRELLITAS, ESCUCHAR CAMPANITAS , CONTRACCIONES UTERINAS PERSISTENTES) LA PACIENTE LAS ENTIENDE Y SE COMPROMETE VERBALMENTE A ACUDIR A URGENCIAS (SE DA INFORAMACION SOBRE LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIAS)PACIENTE QUIEN FUE VALORADA POR GINECOOBSTETRICIA QUIEN ORDENA LABORATORIO Y DA CITA CONTROL. YA FUE VALORADA POR NUTRICION, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA,POR ODONTOLOGIA. YA TIENE ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS. FUE VALORADA POR GINECOOBSTETRICIA EN PRONACER QUIEN ORDENA CESAREA PORQUE SE ENCONTRBA EL FETO EN PRESENTACION TRANSVERSO. PACIENTE REFIERE QUE FUE A MEDILASER A PROGRMAR CESAREA Y LE INFORMAN QUE EL FETO ESTA CEFALICO Y NO PROGRMAN CESAREA. SE SOLICITA MONITORIA FETAL CADA 3 DIAS. DE NO TENER PARTO A LA SEMANA 40 DEBE ASISTIR A URGENCIAS PARA REVISION MEDICA.

PREGUNTAS DE IDENTIFICACION DE RIESGO DE DEPRESION POST PARTO:

DURANTE EL MES PASADO,¿ CON FRECUENCIA SE HA SENTIDO TRISTE, DEPRIMIDA O SIN ESPERANZA? NO

DURANTE EL MES PASADO, ¿HA PERMANECIDO PREOCUPADA POR TENER POCO INTERÉS O PLACER PARA HACER COSAS COTIDIANAS? NO

¿SIENTE QUE NECESITA AYUSA? NO.

1. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE GOLPEADA , BOFETEADA O LASTIMADA FISICAMENTE O DE OTRA MANERA? NO.

2.DESDE QUE ESTA EN LA GESTACION HA SIDO GOLPEDADA, BOFETEADA, PATEADA O LASTIMADA FISICAMENTE DE ALGUNA MANERA? NO.

3. ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES? NO

**EVOLUCIÓN:**

## ANTECEDENTES

### Patológicos

Padecimientos AGUDA

EXAMEN ODONTOLOGICO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 20/02/2019

Padecimientos CRONICA

SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO , a los 22 AÑOS años, ultimo control el 06/06/2019 07:26:20 a.m.

### Hábitos

ALCOHOL No consume

TABACO No consume

TOXICOS No consume

No realiza Actividad fisica

### Ginecológicos

ultima menstruación el 13/09/2018 ,

### Obstetricos

Gestas Previas 2 , Partos 1 , Abortos 1 , Vaginales 1 , Nacidos Vivos 1 , Nacidos Vivos que aun viven 1 , antecedentes de Gemelares NO , Fecha del Embarazo anterior 26/03/2014 , Peso último nacido Peso Normal , En Embarazo con fecha probable del parto el 20/06/2019 , SI es un embarazo planeado, Peso anterior al Embarazo 62 , Talla 157 , ultima menstruación el 13/09/2018 , Es confiable por Ecografia SI , Eg\_Confiable fum al Embarazo SI , Fracaso del ultimo metodo anticonceptivo No Usaba ,

### Alérgicos

Interrogado y Negado

### No Patológicos

Grupo Sanguineo: O Factor RH: POSITIVO , Acueducto Si , Alcantarillado Si , Aseo Si , Energia Si , Gas Si , Respecto a su higiene personal: Baño diario Si , cambio de ropa a diario Si , cepillado dental Si 2 veces al dia, tipo de vivienda: VIVIENDA CON CUARTOS IMPROVISADOS , la vivienda es: RENTADA , tiene TRES HABITACIONES en cada habitaciones viven UNA O DOS PERSONAS , la vivienda esta construida en ARENA , consume por dia 3 comidas y 1 colaciones, Leche y derivados 7 /7, Legumbres 4 /7, Verduras y hortalizas 4 /7, alimentos proteicos 5 /7, Azucares 5 /7, Frutas 4 /7, Cereales 4 /7, Grasas y Aceites 4 /7, consumo de liquidos: AGUA 2 VASOS AL DIA tiene tatuajes o expansores: No , ha tenido intentos de suicidio: Si

### Ocupacionales

¿Levanta cargas pesadas? NO

¿Asume posturas inadecuadas? NO

¿Digita permanentemente? NO

¿Le han ordenado oxígeno? NO

¿Trabaja en minas de extracción de metales? NO

¿Trabaja expuesto a ruidos? NO

¿Trabaja expuesto a temperaturas extremas? NO

¿Esta expuesto a vapores, humo o sustancias químicas? NO

### Familiares

PADRE : Antecedentes de Falleció a la edad de 32 años, a causa de MUERTE VIOLENTA .

## REVISIÓN POR SISTEMAS

## SIGNOS VITALES

## DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia Respiratoria	Temp.	Presión Arterial :	Peso :	Talla :	I.M.C.	Superficie C.	Saturación
73 Latidos por Minuto	15 Respiración por Minuto	36 C°	114 / 60 mm Hg	65 Kg	160 Cm	25,39	1,7 Kgr / Mts 2	%

Observaciones:

## EXAMEN FÍSICO

ESTADO\_NUTRICIONAL: BUEN ESTADO NUTRICIONAL; ASPECTO\_GENERAL: BUEN ESTADO GENERAL, CONDICIÓN NORMAL.; CABEZA: NORMOCEFALO, SIN TUMORACIONES, SIN DEFORMIDADES, SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE MALTRATO; OJOS: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERÓTICAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, FONDO DE OJO NO EVALUADO.; BOCA: MUCOSA ORAL HUMEDA, FARINGE NO HIPEREMICAS, SIN EXUDADO, PALADAR INTEGRO EN BUEN ESTADO GENERAL; ORL: PABELLONES AURICULARES SIMETRICOS, NORMOCONFIGURADOS, CONDUCTOS AUDITIVOS PERMEABLES, SIN SECRECIONES, SIN LACERACIONES, CON MENBRANAS TIMPANICAS INTEGRAS, NO ABOMBADAS, NO ERITEMATOSAS; NARIZ CON NARINAS NORMALES, CONDUCTOS PERMEABLES, SIN RINORREA; FARINGE NORMOCONFIGURADA, AMIGDALAS NORMALES.; CUELLO: SIMETRICO, MOVIL, SIN TUMORACIONES NI ADENOMEGALIAS A LA INSPECCION, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS, NI ADENOMEGALIAS A LA PALPACION; TORAX: NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO, SIN LESIONES APARENTES, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES.; CARDIO\_RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SÓPLOS, SIN AGREGADOS; ABDOMEN: UTERO GRAVIDO FETO UNICO TRANSVERSO POLO CEFALICO A LA IZQUIERDA FCF 135 XMIN. ALTURA UTERINA DE 35 CMS. MADRE ESCUCHA FETOCARDIA; GENITO\_URINARIO: NO EVALUADO.; TACTO\_RECTAL: NO EVALUADO.; OSTEOMUSCULAR: SIN PRESENCIA DE EDEMAS LOCALIZADOS, O AREAS DE DOLOR, NO LIMITACION PARA LA MOVILIZACION.; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN DOLOR NI LIMITACIÓN A LA MOVILIZACION, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR NORMAL.; ESFERA\_MENTAL: EUTIMICO, ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA.; NEUROLOGICO: SIN DÉFICIT SNEUROLOGICO EVIDENTE, NO ALTERACIONES SENSITIVAS NI MOTORAS APARENTES.; PIEL: SIN LESIONES, O CAMBIOS EVIDENTES.; MAMAS: NO EVALUADAS.

## ESCALA DE HERRERA

### Historia Reproductiva

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad                                      | <input type="checkbox"/> Hemorragia posparto o Remoción Manual de placenta |
| <input type="checkbox"/> Paridad 0                                 | <input type="checkbox"/> Peso del Recién Nacido                            |
| <input type="checkbox"/> Paridad > 4                               | <input type="checkbox"/> Mortinato /Muerte Neonatal                        |
| <input type="checkbox"/> Cesárea Previa / Embarazo Gemelar         | <input type="checkbox"/> Trabajo de Parto Prolongado / Parto Dificil       |
| <input type="checkbox"/> HTA inducida por Embarazo / Preclamsia    | <input type="checkbox"/> Cirugía Ginecologica Previa                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aborto Habitual / Infertilidad |  |

Condiciones Asociadas	Semanas		
	14 - 27	28 - 32	33 - 40
Enfermedad Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus (Preconcepcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia < 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia Vaginal > 20 Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia (Hb < 10 g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Prolongado (>42 Semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polihidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación frente o transversa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoinmunización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas Agudas (Bacterianas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riesgo Psicosocial	Semanas		
	14 - 27	28 - 32	33 - 40
<b>Anciedad Severa</b>			
Tensión Emocional	Ausente	Ausente	Ausente
Humor Depresivo	Ausente	Ausente	Ausente
Síntomas Neurovegetativos	Ausente	Ausente	Ausente
<b>Soporte Familiar:</b>			
<b>Satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El Tiempo			
El Espacio			
El Dinero			
<b>Sub Total</b>	4	2	2
<b>Riesgo</b>			

**SEGUIMIENTO PLAN DE CUIDADO**

**ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS**

**ANÁLISIS**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO REPETIDO

CAUSA EXTERNA: OTRA FINALIDAD: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

**PLAN DE TRATAMIENTO - PROCEDIMIENTOS**

Cantidad	Procedimiento Solicitado	Comentarios u Observaciones	Suspendido	Prof. Solicita Prof. Suministra	Genero Consentimiento
4	897011 - MONITORIA FETAL ANTEPARTO	TOMAR CADA 3 DIAS	<input type="checkbox"/>	LUIS CARLOS BETANCUR LUIS CARLOS BETANCUR	<input type="checkbox"/>



# Registro: 4510 Profesional: LUIS CARLOS BETANCUR Firma del profesional  
Especialidad: MEDICO GENERAL



Florencia, Enero 16 de 2023

Doctor  
**FAVIO FERNANDO JIMÉNEZ**  
Juez Tercero Administrativo del Circuito  
Ciudad

**REF.** Poder Especial  
**RADICADO. 18001333300320210062100**  
**DEMANDANTE.** Angela Oviedo Pérez Y Otros  
**DEMANDADO.** Ese Hospital Malvinas y Otros  
**MEDIO DE CONTROL.** Reparación Directa

**SAUL MONTERO GARCÍA**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Gerente de la ESE Hospital Malvinas, nombrado mediante Decreto 204 de 2020 del Despacho del Alcalde de Florencia, me permito conferir poder especial, amplio y suficiente a la abogada **JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.717.865 de Bogotá y Portadora de la Tarjeta Profesional No. 141.975 del CS de la J, para que represente los intereses judiciales a la **ESE HOSPITAL MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO** dentro del proceso promovido por **ANGELA OVIEDO PÉREZ Y OTROS**, medio de control de Reparación Directa con radicado No. **18001333300320210062100**.

Mi apoderada queda facultada para solicitar y aportar pruebas, interponer recursos, presentar memoriales, alegatos de conclusión, contestar y proponer excepciones, desistir, conciliar, sustituir, renunciar, reasumir el presente poder y las demás derivadas del artículo 77 del Código General del Proceso y todas las actuaciones procesales tendientes a garantizar la defensa técnica de la entidad que represento.

Para efectos de notificaciones, deberá tenerse el correo electrónico [notificacionesjudiciales@hospitalmalvinas.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@hospitalmalvinas.gov.co)

Atentamente,

Acepto,

  
**SAUL MONTERO GARCÍA**  
C.C. 19.373.699

  
**JOHANNA CRISTINA ARIAS CUENCA**  
C.C. 52.717.865  
T.P. 141.975 del CS de la J

¡¡Seguimos trabajando por la salud!!



ALCALDIA DE  
FLORENCIA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

EL ASESOR DE LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA PROCEDE A COMPULSAR COPIA AUTENTICA DEL ACTA DE POSESION DEL DOCTOR SAUL MONTERO GARCIA, COMO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, HECTOR OROZCO OROZCO, POR EL PERIODO INSTITUCIONAL DEL 1 DE MAYO DE 2020 AL 31 DE MARZO DE 2024

Al Despacho del Señor Alcalde, hoy 30 de abril de 2020, se presentó el Doctor SAUL MONTERO GARCIA, con el fin de tomar posesión del cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Comunal las Malvinas, Hector Orozco Orozco, nombrado mediante Decreto No. 000204 de abril 30 de 2020, emanado del Despacho. Acto seguido el Señor Alcalde le tomó el juramento de rigor de que trata el Artículo 251 del Código del Régimen Político y Municipal por cuya gravedad prometió cumplir bien y fielmente con los deberes que el cargo le impone a su leal saber y entender. El posesionado presentó la cedula de ciudadanía No. 19.373.699. La presente acta rige a partir del 1 de mayo de 2020 hasta el hasta el 31 de marzo de 2024. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y firman los que en ella intervinieron. EL ALCALDE (Fdo ilegible). EL POSESIONADO (Fdo ilegible).

Es fiel copia tomada de su original y se halla registrada en el tomo XXXVIII Folio 537, Libro años 2018 - 2020

Florencia, Departamento del Caquetá, abril treinta (30) de dos mil veinte (2020)

JAIRO ALEXANDER HORTA DURAN  
Asesor

*Rguel TV.*



DESPACHO DEL  
**ALCALDE**  
ALCALDÍA DE FLORENCIA  
NIT. 800.095.728-2

DECRETO No.

30 ABR 2020

-- 000206

**“POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA EL NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, HECTOR OROZCO OROZCO”**

### EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA - CAQUETÁ

En uso de sus facultades constitucionales, legales y reglamentarias, especialmente las conferidas en el artículo 315 de la Constitución Política de Colombia, el artículo 91 de la Ley 136 de 1994, modificada por la Ley 1551 de 2012, la Ley 1797 de 2016, el Decreto 1427 de 2016 y la Resolución 680 del 2 de septiembre de 2016 expedida por El Departamento Administrativo de la Función Pública, y,

#### CONSIDERANDO

Que el artículo 1° de la Constitución Política prevé *“Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”*.

Que el artículo 209 de la Carta Magna dispone que *“La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones”*.

Que el artículo 315 de la Constitución Nacional señala como funciones atribuidas al alcalde, *“Dirigir la acción administrativa del municipio; asegurar el cumplimiento de las funciones y la prestación de los servicios a su cargo; representarlo judicial y extrajudicialmente; y nombrar y remover a los funcionarios bajo su dependencia y a los gerentes o directores de los establecimientos públicos y las empresas industriales o comerciales de carácter local, de acuerdo con las disposiciones pertinentes”*

Que, lo atinente al nombramiento de los Gerentes o Directores de las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO en los distintos niveles y ordenes, se encuentra regulado por las disposiciones contenidas en la Ley 1797 de 2017, en su artículo 20 que dispuso:

**“Artículo 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el**



DESPACHO DEL  
**ALCALDE**  
ALCALDÍA DE FLORENCIA  
NIT. 800.095.728-2

DECRETO No. 30 / 2020 ) -- 000204

**“POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA EL NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, HECTOR OROZCO OROZCO”**

*presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial”*

Que, por lo anterior, el Departamento Administrativo de la Función pública DAFP, mediante Resolución No. 680 del 2016, señalo las competencias que se deben demostrar para ocupar el empleo de gerente o director de las Empresas Sociales del Estado.

Que, de igual forma, el Decreto 1427 del 2016, expedido por el Ministerio de Salud en su artículo 2.5.3.5.3 estableció: **“Evaluación de las competencias para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial. Las competencias del aspirante o aspirantes a ocupar el cargo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del orden departamental, distrital o municipal, señaladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, serán evaluadas por el gobernador o el alcalde, de lo cual se dejará evidencia”**.

Que, el decreto mencionado también indico: **“Artículo 2.5.3.8.5.5. Nombramiento. El nombramiento del gerente o director de la Empresa Social del Estado del orden nacional, departamental o municipal, recaerá en quien acredite los requisitos exigidos para el desempeño del cargo y demuestre las competencias requeridas”**.

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto Legislativo Número 491 de fecha 28 de marzo de 2020, en virtud del cual **“adopta medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”**.

Que, dentro de las medidas de urgencia adoptadas en el decreto antes citado, el artículo 13 establece la **“Facultad para ampliar el período institucional de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado”**. Otorgando de esta manera, a los gobernadores y alcaldes la facultad de ampliar por un término de 30 días, el período institucional de los gerentes o directores de Empresas Sociales del Estado que termina en el mes de marzo de 2020.

DECRETO No.

180 (1000000) -- 000201

**“POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA EL NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, HÉCTOR OROZCO OROZCO”**

Que, de esta manera, mediante Decreto No. 000175 del 31 de marzo de 2020 se decretó *“ampliar el período institucional del Gerente de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Comunal Las Malvinas, Héctor Orozco Orozco de Florencia, por un término de treinta (30) días, empleo que actualmente es ocupado por el médico **EDAR SIMEY CAMPO OLEA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.161.927 expedida en Barranquilla”*.

Que, por lo anterior atendiendo al vencimiento del período institucional de cuatro (4) años 2016 – 2020, dispuesto por el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, los treinta (30) días de la ampliación del período institucional y debido a que no se reeligió a la persona que viene ocupando el empleo, resulta necesario proceder al nombramiento del Gerente de la Empresa Social del Estado **“E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO”**, previo al procedimiento establecido y en los términos señalados por la Ley 1797 de 2016, el Decreto 1427 de 2016, y demás normas concordantes, para el período institucional 2020-2024.

Que, una vez realizada la verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo, establecidos en las normas correspondientes y la respectiva evaluación de las competencias aplicadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, comunicando mediante correo electrónico de fecha 03 de abril de 2020, se tiene que el Doctor SAUL MONTERO GARCIA identificado con cédula de ciudadanía No. 19.373.699 de Bogotá D.C., obtuvo calificación satisfactoria que permite proceder según las competencias legales y constitucionales, al nombramiento en el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado **“E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO**, por cumplir con los requisitos para desempeñar el cargo.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

**DECRETA**

**ARTÍCULO PRIMERO: NÓMBRESE** al Doctor. **SAUL MONTERO GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.373.699 de Bogotá D.C., como Gerente de la Empresa Social del Estado **“E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, HÉCTOR OROZCO OROZCO”** de Florencia, para el período institucional comprendido entre el 01 de mayo de 2020 y el 31 de marzo de 2024.



DESPACHO DEL  
**ALCALDE**  
ALCALDÍA DE FLORENCIA  
NIT. 800.095.728-2

DECRETO No.

30 ( APR 2020 ) - 000204

**“POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA EL NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, HECTOR OROZCO OROZCO”**

**ARTÍCULO SEGUNDO:** COMUNÍQUESE este decreto por escrito al interesado, y si acepta, proceder a realizar la respectiva posesión del cargo con efectos fiscales a partir del 01 de mayo del 2020.

**ARTÍCULO TERCERO:** ENVÍESE copia del presente Decreto a la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Comunal Las Malvinas, a la Junta Directiva de la misma y a las Secretarías de Salud Municipal de Florencia y Departamental del Caquetá.

**ARTÍCULO TERCERO:** El presente decreto rige a partir de su fecha de expedición.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Florencia, Departamento del Caquetá, a los

**LUIS ANTONIO RUIZ CICERY**  
Alcalde de Florencia

Revisó: JAHD – Asesor de Recursos Humanos  
Revisó: CARG – Asesor Externo Despacho  
Proyectó: TVRB – Asesora de Defensa Judicial



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1955**

**CAMPOALEGRE**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.74**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**24-NOV-1977 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1904000-50152431-M-0019373699-20070808

02645 072190 02 194351990

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

**19.373.699**

NUMERO

**MONTERO GARCIA**

APELLIDOS

**SAUL**

NOMBRES



*Saul Montero Garcia*  
FIRMA