

## I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 8683		Identificación 22672072		Apellido(s) y Nombre(s) ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1957/11/07		Lugar de Nacimiento BARRANQUILLA		Sexo F	Edad 63 AÑO(S)	Estado Civil SOLTERO(A)	Ocupacion
Direccion CALLE 11 N.13 11				Telefono 3017562946		Ciudad SANTO TOMAS	Programa/Eps OCGN - R6 MAG ATCO STO TOM

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

<b>Nombre del Acompañante</b> ROSA PIZARRO MALDONADO	<b>Parentesco</b> NINGUNO	<b>Direccion</b> CALLE 11 N.13 11	<b>Telefono</b> 3017562946
<b>Nombre del Responsable</b> ROSA PIZARRO MALDONADO	<b>Parentesco</b> AFILIADO(A)	<b>Direccion</b> CALLE 11 N.13 11	<b>Telefono</b> 3017562946

## II.DATOS DE LA CONSULTA

<b>No Cita</b> 12602956	<b>Fecha de Atencion</b> 2020/12/23	<b>Medico</b> EDILMA MOZO CANTILLO StoTmas	<b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL
<b>Motivo de la Consulta</b> TELECONSULTA POR CONTINGENCIA COVID 19 DOLOR OJO IZQUIERDO <b>Enfermedad Actual</b> PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DESDE HACE 3 DIAS DOLOR EN EL OJO IZQUIERDO CUANDO REALIZA LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIZACION LAGRIMEO POR AMBOS OJOS ADEMAS VARICES Y CALOR PLANTAR HORMIGEOS NIEGA SINTOMAS POR COVID 19			

## II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	Patologicos	CESAREA HISTERECTOMIA GLANDULA PARAURETRAL HERNIA UMBICALL MAMA SUPERNUMERARIA
ANTECEDENTES PERSONALES	Traumatologicos	TENDINITIS SUPRAESPINO
ANTECEDENTES ALERGICOS	Alimentarios	NO
ANTECEDENTES ALERGICOS	Ambientales	NO
ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	Cancer de Mama	HERMANA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	Alteraciones de Voz	NO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	Sindrome del Tunel Carpiano	NO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	Transtornos Musculares	NO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	Stress	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	Cancer de Prostata	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	Diabetes	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	Hipertension Arterial	MADRE Y PADRE
ANTECEDENTES FAMILIARES	Cancer de Colon	NO

<b>Historia Clínica No</b> 8683	<b>Identificación</b> 22672072	<b>Apellido(s) y Nombre(s)</b> ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO	<b>Pagina No</b> 1
------------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------

ANTECEDENTES ALERGICOS	Anestesia	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	Hemofilia	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	Epilepsia	NO

  

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS					
Gravidex 3	Partos 1	Cesareas 2	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 50	Años	Ciclo Menstrual	Fecha Ultima Menstruacion
Fecha Ultima Mamografia 2012/09/03	<u>Resultado Mamografia</u> BIRAD 1				
Fecha Ultima Citologia 2017/09/03	Resultado de la Citologia NEGATIVO			Fecha Ultimo Parto	2020/09/03
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso	0 Mes(es)

  

VII. PLANIFICACION FAMILIAR		
Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO
<u>Efectos Presentados por el uso del Metodo</u>		
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO
Manchado NO	Sangrado NO	Dolor 1 NO
Varices NO		

  

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA	

  

V. EXAMEN FISICO	
Tension Arterial: 110/70	Temperatura 36.00
Peso 84	Talla 163
Frecuencia Respiratoria 20	Frecuencia Cardiaca 80
Perimetro Abdominal	90

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	H571	DOLOR OCULAR
Diagnostico Relacionado 1	I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PLAN ACETAMINOFEN/CODEINA TABLETA NO 20 UNA CADA 12 HORAS POR 10 DIAS DIOSMINA TABLETA DE 500MGR NO 30 UNA DIA CARBOXIMETIL CELULOSA GOTAS OFTALMICAS UN FRASCO 1 GOTA CADA 12 HORAS REMISION A OFTALMOLOGIA RECOMENDACIONES SI PERSITE DOLOR OCULAR CONSULTAR A URGENCIA Y P PANDEMIA COVID 19 APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD,	