



HISTORIAS CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre: OSCAR FERNANDO CUELLAR PINZON		Identificación: CC 80219579	Fecha nacimiento: 29/01/1982
Dirección: KR 53 C BIS 4 C 81	Teléfono:	Celular: 3118215195	Correo: JPANPLONA@HOTMAIL.COM
Edad: 43	Sexo: M	Estado Civil:	Ocupación:
Lugar de Residencia: BOGOTÁ, D.C.		Etnia: NINGUNA DE LAS ANTERIORES	

ATENCIÓN CONSULTA #1

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
JUDITH NAYIBE CASTILLO PEREZ	52779720	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
16-01-2023	16-01-2023	20-06-2025
Sede: VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPañANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	

MOTIVO CONSULTA	
Motivo de consulta:	"QUIERO UN PURGANTE"
Enfermedad actual:	PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DESEA DESPARASITACION, REFIERE QUE LO HA REALIZADO CON PRODUCTOS NATURALES, PERO REFIERE QUE NO HA PRESENTADO MEJORIA DE LA SINTOAMTOLOGIA DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA OCASIONALES.

ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
Arritmias:	NO	
Autoinmunes:	NO	
Cáncer:	NO	
Enfermedad Cardiovascular:	NO	
Infarto de miocardio:	NO	
Insuficiencia cardiaca:	NO	
Emergencia hipertensiva:	NO	
Tromboembolismo pulmonar:	NO	
Síndrome aórtico:	NO	
Sincope:	NO	
Diabetes:	NO	
Hipoglicemia:	NO	
Hipertensión:	NO	
Internaciones:	NO	
Valvulopatías:	NO	
Infeccioso:	NO	
Trastornos Gastrointestinales:	NO	
Trastornos Hormonales:	NO	
Trastornos Neuronales:	NO	
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	

Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombotico:	NO	
Evento Embolico:	NO	
Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	NO	
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

Piel y faneras	no refiere	Oído:	no refiere
Boca	no refiere	Sistema Respiratorio	no refiere
Sistemas Genital/urinario	no refiere	Sistema Endocrino	no refiere
Sistema Hematopoyético	no refiere	Ojos	no refiere
Nariz	no refiere	Sistema Cardiovascular	no refiere
Sistema Gastro Intestinal	REFIERE PRESENCIA DE HALITOSIS	Sistema Músculo/esqueleto	no refiere
Sistemas Nervioso	no refiere	Sistema Linfático	no refiere

EXAMEN FÍSICO			
T.A:	110 - 70	Frecuencia Cardiac:	70
Frecuencia respiratoria:	18	Temperatura:	36
Peso (Kg):	66	Talla (cm):	169.5
IMC:	22.97	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	SIN PRESENCIA DE LESIONES.	Cabeza:	NORMOCEFALO, SIMETRICO
Cuello:	MOVIL NO ADENOPATIAS, NO RIGIDEZ NUCAL	Ojos:	ESCLERRAS ANCITERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION.
Nariz:	MUCOSA NASAL SIN ALTERACION.	Boca:	MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES
Oídos:	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL.MUCOSA NASAL SIN ALTERACION.	Tórax:	RSCS RITMICOS SIN SOPLOS RSRs CONSERVADOS NO AGREGADOS.
Abdomen:	BLANDO DEPRESIBILE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN PRESENCIA DE MASAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL	Genito/Urinario:	SIN ALTERACION
Músculo/Esquelético:	EXT: SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES.	Neurológico:	SIN DEFICIT APARENTE
Vascular Periférico:			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DESEA DESPARASITACION, REFIERE QUE LO HA REALIZADO CON PRODUCTOS NATURALES, PERO REFIERE QUE NO HA PRESENTADO MEJORIA DE LA SINTOAMTOLOGIA DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA OCASIONALES. AL EXAMEN FISICO CIFRAS TENSIONALES NORMALES IMC ADECUADO, SE LE INDICA MANEJO CON DESPARASITACION Y SE LE INDICA LA IMPORTANCIA DEL ADECUADO MANEJO DEITARIO BALANCEADAO RICO EN PROTEINAS, VEGETAELS Y CARBOHIDRATOS Y LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA REGULAR. REFIERE ENTENDER.		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Tipo diagnóstico principal:	IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad de consulta:	NO APLICA	
Causa externa:	OTRA	

MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
428867	NITAZOXANIDA 500MG TABLETA RECUBIERTA	1 TABLETA CADA 12 HORAS	6	3

ATENCIÓN CONSULTA #2

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
LIZETH DAYANA JARAMILLO ESCOBAR	1016088258	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
17-03-2023	17-03-2023	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	MC: " PARA RENOVAR ORDE VENCIDA DE RADIOGRAFIA "				
Enfermedad actual:	PACIENTE DE 41 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE TRAUMA CONTUSO A NIVEL DE REGIÓN LUMBOSACRA, DADO VICTIMIA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE MOTOCICLISTA EN 5/03/22, QUIEN ASISTE EL DÍA DE HOY PARA RENOVACIÓN DE ORDEN VENCIDA DE RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA, DADO ÚLTIMA VALORACIÓN DE ORTOPEDISTA INDICÓ FRACTURA TRANSVERSAL DE L2,L3,L4 , MAS SIN EMBARGO INDICÓ CONTROL ANUAL, MOTIVO POR EL CUAL ASISTE EL DÍA DE HOY.				
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:	NO				
Autoinmunes:	NO				
Cáncer:	NO				
Enfermedad Cardiovascular:	NO				
Infarto de miocardio:	NO				
Insuficiencia cardiaca:	NO				
Emergencia hipertensiva:	NO				
Tromboembolismo pulmonar:	NO				
Síndrome aórtico:	NO				
Sincope:	NO				
Diabetes:	NO				
Hipoglicemia:	NO				
Hipertensión:	NO				
Internaciones:	NO				
Valvulopatías:	NO				
Infeccioso:	NO				
Trastornos Gastrointestinales:	NO				
Trastornos Hormonales:	NO				
Trastornos Neuronales:	NO				
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO				
Artritis Reumatoide:	NO				
Enfermedad de Visión:	NO				
Cataratas:	NO				
Desprendimiento de retina:	NO				
Glaucoma:	NO				
Retinopatía diabética:	NO				
Ojo seco:	NO				
Enfermedad cerebro vascular:	NO				
Evento trombótico:	NO				
Evento Embólico:	NO				
Evento Hemorrágico:	NO				
Enfermedad Vascular:	NO				
Obstrucciones Arteriales:	NO				
Aneurismas aórticos:	NO				
Enfermedad de Buerger:	NO				
Fenómeno de Raynaud:	NO				
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO				
Embolia Pulmonar:	NO				
Flebitis:	NO				
Enfermedad Renal:	NO				
Insuficiencia renal aguda:	NO				
Daño renal agudo:	NO				
Insuficiencia renal crónica:	NO				
Otros:	NO				

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	SI	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	SI	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Oído:	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Boca	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Respiratorio	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistemas Genital/urinario	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Endocrino	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistema Hematopoyético	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Ojos	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Nariz	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Cardiovascular	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistema Gastro Intestinal	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Músculo/esqueleto	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistemas Nervioso	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Linfático	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

EXAMEN FÍSICO			
T.A:	110 - 70	Frecuencia Cardiaca:	85
Frecuencia respiratoria:	15	Temperatura:	36.8
Peso (Kg):	73	Talla (cm):	175
IMC:	23.84	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	PIEL EUTÉRMICA, SIN LESIONES EVIDENTES.	Cabeza:	NORMOCÉFALA, SIMÉTRICA, MUCOSAS HÚMEDAS.
Cuello:	NO SE EVIDENCIAN MASAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, SIN ADENOPATIAS	Ojos:	PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS
Nariz:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES	Boca:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES
Oídos:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES	Tórax:	TÓRAX SIMÉTRICO, SIN ABOMBAMIENTOS NI DEPRESIONES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS, RÍTMICOS, NO TAQUICÁRDICOS , NO SOPLOS.
Abdomen:	SIMÉTRICO, RSIS NORMALES BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.	Genito/Urinario:	NO SE EXPLORA
Músculo/Esquelético:	NO SE EVIDENCIAN MASAS ÓSEAS NI MUSCULARES, SE EVDIENCIA LIMITACION MODERADA PARA FLEXION TORTAL DE COLUMNA DADO POR RPESENCIA DE DOLOR.	Neurológico:	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.
Vascular Periférico:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE DE 41 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE TRAUMA CONTUSO A NIVEL DE REGIÓN LUMBOSACRA, DADO VICTIMIA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE MOTOCICLISTA EN 5/03/22, QUIEN ASISTE EL DÍA DE HOY PARA RENOVACIÓN DE ORDEN VENCIDA DE RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA, DADO ÚLTIMA VALORACIÓN DE ORTOPEDISTA INDICÓ FRACTURA TRANSVERSAL DE L2,L3,L4 , MAS SIN EMBARGO INDICÓ CONTROL ANUAL, EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES, CON EXÁMEN FÍSICO DESCRITO, POR LO QUE SE DECIDE : * SE DA ORDEN PARA RX DE COLUMNA LUMBOSACRA. * CONTROL CON RESULTADOS POR GESTION CLINICA.		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	S320	FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR
Tipo diagnóstico principal:	CONFIRMADO NUEVO	
Finalidad de consulta:	NO APLICA	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	

ORDENAMIENTO				
Código	Nombre	Cantidad	Nota	Tipo
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	1		IMAGENOLOG IA

RECOMENDACIONES MEDICAS

RECOMENDACIONES GENERALES: SIGNOS DE ALARMA: DOLOR DE CABEZA INTENSO DE INICIO BRUSCO. VISIÓN BORROSA. DIFICULTAD PARA HABLAR O SI HABLA ENREDADO. INFLAMACIÓN DE PIERNAS Y CARA O QUE ÉSTOS SE VEAN BRILLANTES. DOLOR EN EL PECHO OPRESIVO, INTENSO QUE SE ACOMPAÑE CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR O QUE SE PROPAGUE A LA MANDÍBULA O ALGUNA EXTREMIDAD. ALTERACIÓN DEL ESTADO DE LA CONCIENCIA O DEL COMPORTAMIENTO. VÓMITOS FRECUENTES. SANGRADO INESPERADO Y PERSISTENTE POR NARIZ, ENCÍAS, ORINA O HECES. CONVULSIONES. MANOS O PIES PÁLIDOS Y FRÍOS. IDEACIÓN SUICIDA Y SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA O NO TENER RAZONES PARA VIVIR.

ACTIVIDAD FÍSICA: REALICE ACTIVIDAD FÍSICA 20 MINUTOS AL DÍA (150 MINUTOS A LA SEMANA). PUEDE CAMINAR, HACER JARDINERÍA Y BAILAR; LA CLAVE ES NO HACER DEMASIADO RÁPIDO. SI NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD AHORA, COMIENCE A CAMINAR DURANTE UNOS MINUTOS CADA DOS DÍAS, HASTA CONVERTIRLO EN UN HÁBITO. SI TIENE SOBREPESO U OBESIDAD, BAJE DE PESO: DEBE COMER MENOS Y MOVERSE MÁS. SI HACE AMBAS COSAS, ES MUCHO MEJOR.

ALIMENTACION:

OPTAR POR UNA DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN SAL, GRASA Y AZÚCAR, PREFERIR PREPARACIONES AL VAPOR, COCIDAS O AL HORNO, FRACCIONAR LA DIETA , 5-6 COMIDAS AL DÍA, ESTABLEZCA HORARIOS PARA ALIMENTACIÓN. EVITAR CONSUMO DE TÉ, CAFÉ, BEBIDAS ENERGIZANTES Y ALCOHÓLICAS, EVITAR CONSUMO DE CIGARRILLO OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

OTROS:

· MANEJO ADECUADO DE SITUACIONES ESTRESANTES, ASÍ COMO NOTIFICACIÓN DE CASOS DE ABUSO Y/O MALTRATO FÍSICO, SEXUAL O PSICOLÓGICO

ATENCIÓN CONSULTA #3

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
LIZETH DAYANA JARAMILLO ESCOBAR	1016088258	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
04-05-2023	04-05-2023	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE										
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:						
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:						
MOTIVO CONSULTA										
Motivo de consulta:	MC: " LECTURA DE EXÁMENES "									
Enfermedad actual:	PACIENTE DE 41 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE TRAUMA CONTUSO A NIVEL DE REGIÓN LUMBOSACRA, DADO VICTIMIA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE MOTOCICLISTA EN 5/03/22, QUIEN ASISTE EL DÍA DE HOY PARA LECTURA DE IMÁGEN DIAGNOSTICA.									
ANTECEDENTES										
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS										
Arritmias:	NO									
Autoinmunes:	NO									
Cáncer:	NO									
Enfermedad Cardiovascular:	NO									
Infarto de miocardio:	NO									
Insuficiencia cardiaca:	NO									
Emergencia hipertensiva:	NO									
Tromboembolismo pulmonar:	NO									
Síndrome aórtico:	NO									
Sincope:	NO									
Diabetes:	NO									
Hipoglicemia:	NO									
Hipertensión:	NO									
Internaciones:	NO									
Valvulopatías:	NO									
Infeccioso:	NO									
Trastornos Gastrointestinales:	NO									
Trastornos Hormonales:	NO									
Trastornos Neuronales:	NO									

Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	
Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombotico:	NO	
Evento Embólico:	NO	
Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	

Otros Antecedentes:			
---------------------	--	--	--

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Oído:	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Boca	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Respiratorio	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistemas Genital/urinario	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Endocrino	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistema Hematopoyético	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Ojos	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Nariz	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Cardiovascular	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistema Gastro Intestinal	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Músculo/esqueleto	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
Sistemas Nervioso	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	Sistema Linfático	NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	115 - 72	Frecuencia Cardíaca:	86
Frecuencia respiratoria:	15	Temperatura:	37.2
Peso (Kg):	73	Talla (cm):	175
IMC:	23.84	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	PIEL EUTÉRMICA, SIN LESIONES EVIDENTES..	Cabeza:	NORMOCÉFALA, SIMÉTRICA, MUCOSAS HÚMEDAS.
Cuello:	NO SE EVIDENCIAN MASAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, SIN ADENOPATIAS	Ojos:	PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS
Nariz:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES	Boca:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES
Oídos:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES	Tórax:	TÓRAX SIMÉTRICO, SIN ABOMBAMIENTOS NI DEPRESIONES, MURMULLO

			VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS, RÍTMICOS, NO TAQUICÁRDICOS , NO SOPLOS.
Abdomen:	SIMÉTRICO, RSIS NORMALES BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.	Genito/Urinario:	NO SE EXPLORA
Músculo/Esquelético:	NO SE EVIDENCIAN MASAS ÓSEAS NI MUSCULARES.	Neurológico:	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.
Vascular Periférico:	NO SE EVDIENCIAN LESIONES APARENTES		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE DE 41 AÑOS, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, QUIEN ASISTE EL DÍA DE HOY PARA LECTURA DE EXÁMEENS, EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES, CON EXÁMEN FÍSICO DESCRITO, POR LO QUE SE DECIDE : * SE REvisa RX DE COLUMNA LUMBOSACRA: RECTIFICACION DE LORDOSIS LUMBAR FISIOLÓGICA. * SE DA ORDEN PARA FISIOTERAPIA DADO PACINETE REFIERE EN OCASIONES DOLOR EN REGION LUMBAR.		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	S320	FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR
Tipo diagnóstico principal:	CONFIRMADO REPETIDO	
Finalidad de consulta:	NO APLICA	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	

PARACLINICOS				
CODIGO	CUP	RESULTADO	DESCRIPCIÓN	
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	RECTIFICACION DE LORDOSIS LUMBAR FISIOLÓGICA	RECTIFICACION DE LORDOSIS LUMBAR FISIOLÓGICA	

ORDENAMIENTO				
Código	Nombre	Cantidad	Nota	Tipo
890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	1		SERVICIOS

RECOMENDACIONES MEDICAS
SE EXPLICA CLARAMENTE AL PACIENTE USO DE MEDICAMENTOS (DOSIS, INTERVALOS, METABOLISMO, MECANISMO DE ACCIÓN) ASÍ COMO POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS O ADVERSOS), REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE REALIZA EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE ASÍ COMO ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR, SE RESUELVEN DUDAS SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, REFIERE ENTENDER CLARAMENTE.

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE :

- ❑ OPTAR POR UNA DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN SAL, GRASA Y AZÚCAR, PREFERIR PREPARACIONES AL VAPOR, COCIDAS O AL HORNO, FRACCIONAR LA DIETA , 5-6 COMIDAS AL DÍA, ESTABLEZCA HORARIOS PARA ALIMENTACIÓN. EVITAR CONSUMO DE TÉ, CAFÉ, BEBIDAS ENERGIZANTES Y ALCOHÓLICAS, EVITAR CONSUMO DE CIGARRILLO OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
- ❑ REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA MÍNIMO 30 MINUTOS AL DÍA, 5 VECES POR SEMANA.
- ❑ MANEJO ADECUADO DE SITUACIONES ESTRESANTES, ASÍ COMO NOTIFICACIÓN DE CASOS DE ABUSO Y/O MALTRATO FÍSICO, SEXUAL O PSICOLÓGICO
- ❑ LLEVAR A CABO MEDIDAS DE HIGIENE, EVITANDO CONTAGIO DE COVID19 POR MEDIO DE LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE, USO DE TAPABOCAS, AUTOAISLAMIENTO, EVITAR EL TRANSPORTE MASIVO, DISMINUIR AL MÁXIMO EL CONTACTO SOCIAL, ESTORNUDE EN EL ANTEBRAZO.
- ❑ ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR EN EL PECHO, DESMAYOS, SENSACIÓN DE AHOGO, HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, PALPITACIONES POR PERIODOS PROLONGADOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE MAYOR DE 39°C, DOLOR DE CABEZA INTENSO, PERSISTENCIA DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA O DETERIORO DEL ESTADO GENERAL.

ATENCIÓN CONSULTA #4		
Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
WILLIAM FERNANDO MARIN PAEZ	1032407735	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
05-10-2023	05-10-2023	20-06-2025
Sede: VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	TUVE UN ACCIDENTE				
Enfermedad actual:	<p>PACIENTE DE 41 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FRACTURA DE REGION LUMBOSACRA EN 2022 DONDE DESCARTARON MANEJO QUIRURGICO Y VENIA EN SEGUIMIENTO ACTUALMENTE CON PERSISTENCIA DE DOLOR LUMBAR QUE NO SE IRRADIA NI SE EXTIENDE SIN DEFORMIDAD SIN TRAUMAS RECIENTES SIN PARESTESIAS, SIN MAS SINTOMAS ASOCIADOS POR PERSISTENCIA DE DOLOR REALIZARON RX DE CONTROL EL 17/04/2023, DAN INDICACION DE TERAPIA FISICA LAS CUALES NO REALIZA, POR PERSISTENCIA DE DOLOR RECONSULTA.</p> <p>REFIERE TAMBIEN CUADRO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO SIN EDEMAS SIN EQUIMOSIS, SIN DEFORMIDAD SIN PARESTESIAS, SIN CAMBIOS DE COLORACION NI EQUIMOSIS REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR CON LOS CAMBIOS DE POSICION.</p>				
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:	NO				
Autoinmunes:	NO				
Cáncer:	NO				
Enfermedad Cardiovascular:	NO				
Infarto de miocardio:	NO				
Insuficiencia cardiaca:	NO				
Emergencia hipertensiva:	NO				
Tromboembolismo pulmonar:	NO				
Síndrome aórtico:	NO				
Sincope:	NO				
Diabetes:	NO				
Hipoglicemia:	NO				
Hipertensión:	NO				
Internaciones:	NO				
Valvulopatías:	NO				
Infeccioso:	NO				
Trastornos Gastrointestinales:	NO				
Trastornos Hormonales:	NO				
Trastornos Neuronales:	NO				
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO				
Artritis Reumatoide:	NO				
Enfermedad de Visión:	NO				
Cataratas:	NO				
Desprendimiento de retina:	NO				
Glaucoma:	NO				
Retinopatía diabética:	NO				
Ojo seco:	NO				
Enfermedad cerebro vascular:	NO				
Evento trombótico:	NO				
Evento Embólico:	NO				
Evento Hemorrágico:	NO				
Enfermedad Vascular:	NO				
Obstrucciones Arteriales:	NO				
Aneurismas aórticos:	NO				
Enfermedad de Buerger:	NO				
Fenómeno de Raynaud:	NO				
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO				
Embolia Pulmonar:	NO				
Flebitis:	NO				
Enfermedad Renal:	NO				

Insuficiencia renal aguda:	NO		
Daño renal agudo:	NO		
Insuficiencia renal crónica:	NO		
Otros:	NO		
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS			
DESCRIPCIÓN		FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA			
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS			
DESCRIPCIÓN		FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4			
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO			
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS			
DESCRIPCIÓN		FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS			
DESCRIPCIÓN		FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA			
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS			
DESCRIPCIÓN		FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA			
ANTECEDENTES FAMILIARES			
Hipertensión	NO		
Cáncer de Próstata	NO		
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS	
Cáncer de Colón	NO		
Cardiovasculares	NO		
Cáncer de Pulmón	NO		
Cáncer de Mama	NO		
Otro Tipo de Cáncer	NO		
Otros Antecedentes:			
HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	SI
Bajo consumo de sal:	SI	Peso adecuado para la talla:	SI
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	SI
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	SI	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	SI
Bajo Consumo de grasas:	SI	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			

Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	NIEGA	Oído:	NIEGA
Boca	NIEGA	Sistema Respiratorio	NIEGA
Sistemas Genital/urinario	NIEGA	Sistema Endocrino	NIEGA
Sistema Hematopoyético	NIEGA	Ojos	NIEGA
Nariz	NIEGA	Sistema Cardiovascular	NIEGA
Sistema Gastro Intestinal	NIEGA	Sistema Músculo/esqueleto	NIEGA
Sistemas Nervioso	NIEGA	Sistema Linfático	NIEGA
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	120 - 78	Frecuencia Cardíaca:	76
Frecuencia respiratoria:	17	Temperatura:	36
Peso (Kg):	73.5	Talla (cm):	175
IMC:	24	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:		Cabeza:	
Cuello:	Sin presencia de masas ni adenomegalias.	Ojos:	Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, reactivas a la luz y la acomodación.
Nariz:		Boca:	Mucosa oral húmeda, orofaringe no congestiva.
Oídos:	Otoscopia bilateral Normal.	Tórax:	Cardíaco: ruidos cardíacos rítmicos sin presencia de soplos, Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes bien ventilados sin agregados.
Abdomen:	Blando depresible no doloroso a la palpación, ruidos intestinales presentes.	Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:	Dolroa l apalpacion de musculos paravertebrales de region lumbar lasssegue negativo, bragard negativo.	Neurológico:	Alerta, orientado, sin déficit motor ni sensitivo, pares craneales conservados, reflejos ++/++++
Vascular Periférico:			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE DE 41 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE 1. LUMBALGIA MECANICA 2. ESGUINCE DE TOBILLO EN EL MOMENTO SIN DFICIT NEUROLOGICO SIN SIGNOS DE RADICULOPATIA, CON ARCOS DE MOVIMIENTO LIMITADOS Y DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALESSE A ORDEN PARA FISIOTERAPIA SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES CALOR LOCAL, SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS, SE DA NSIGNOS DE ALARMA PARESTESISAS LIMITACION FUNCIONAL MARCDA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS.		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
NO	S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO
Tipo diagnóstico principal:	IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad de consulta:	NO APLICA	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	

ORDENAMIENTO				
Código	Nombre	Cantidad	Nota	Tipo
890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	1	LUMBALGIA/ ESGUINCE DE TOBILLO	SERVICIOS
890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	1		CONSULTA

MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
449098	DICLOFENACO SODICO 1% GEL TOPICA	APLICAR CADA 8 HORAS	1	10
459523	NITAZOXANIDA500mgTABLETA RECUBIERTA	1 TB CADA 12 HORAS	6	3

PROGRAMA ADULTO					
ANTECEDENTES GENERALES					
Personales	No				
Médicos	No				
Cirugías	No				
Alergias	No				
Vacunación	No				
DPT	No				
VPH	No				
Discapacidades	No				
Problemas auditivos y sensoriales	No				
Familiares	No				
Hospitalizaciones	No				
Toxicológicos	No				
Traumatológicos	No				
Higiene oral	No				
Conciliación medicamentosa	No				
Desarrollo puberal, ginecológicos y psicosociales	No				
ANTECEDENTES ANDROLÓGICOS					
Espermarquia	NO		Inicio de Relaciones Sexuales	NO	
Infección por transmisión sexual	NO		Número de Compañeros Sexuales	0	
Planificación Familiar	NO				
Observaciones:					
FACTORES DE RIESGO PARA ORIGEN DE DIABETES O RIESGO CARDIOVASCULAR					
¿La circunferencia de su cintura, colocando el metro entre el borde inferior de las costillas y el borde superior de la pelvis mida?	90-98 cm	¿Generalmente hace 30 minutos diarios de actividad física en el trabajo y/o durante su tiempo libre?	No	¿Cuántas veces come vegetales o frutas?	Todos los días
¿Toma medicamentos anti-hipertensivos regularmente?	No	¿Le han encontrado alta glucosa en la sangre (Hiper glucemia)?	No	¿Tiene miembros de su núcleo familiar o parientes, diagnosticados con diabetes (Tipo 1 o Tipo 2)?	
Resultado final de riesgo Diabetes	BAJO	Observaciones:			
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS					
Orientación Sexual			Identidad de género		
Desea tener hijo	NO	Violencia contra la mujer y/ o violencia de género	NO		
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL					
Con Quien Vive		El Apoyo Afectivo es Dadulto Por		El Apoyo Económico es Dadulto Por	
Ocupación de la Madre			Ocupación del Padre		
La Autoridad en la Casa Esta Dada Por		Tiene Antecedentes Judiciales	NO	Tiene un Proyecto de Vida	NO
Tipo de Personalidad		Tiene Hobbies y Aficiones	NO	Síntomas Neurovegetativos de Angustia	
Tiene o ha Tenido Ideas Suicidas	NO	Tiene o ha Tenido Miedos Intensos	NO		

Observaciones:					
PARACLÍNICOS					
Colesterol de Alta densidad HDL 90.3.8.15			Fecha resultado		
Colesterol de baja densidad LDL 90.3.8.16			Fecha resultado		
Colesterol total 90.3.8.18			Fecha resultado		
Triglicéridos 90.3.8.73			Fecha resultado		
Creatinina			Fecha resultado		
Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria			Fecha resultado		
Profilaxis y remoción de placa bacteriana			Fecha resultado		
Se Realizo Examen Rectal	SI				
FAMILIOGRAMA					
Papá	NO	Mamá	NO	Abuelo Materno	NO
Abuela Materna	NO	Abuela Paterna	NO	Abuelo Paterno	NO
Hermanas	NO	Hermanos	NO	Tíos	NO
Tías	NO	Primos	NO	Primas	NO
hijos	NO	hijas	NO	Esposo(a)	NO
nietos	NO	nietas	NO		
Mascotas	NO	Cuáles mascotas?			
Otros	NO	Cuales?			
ECOMAPA					
Iglesias	NO	Colegios	NO	Universidades	NO
Salud	NO	Trabajo	NO	Amigos	NO
Otros	NO	Cuales?			
APGAR					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				Siempre	
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad				Siempre	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades				Siempre	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				Siempre	
Me satisface como compartimos en mi familia: El tiempo para estar juntos				Casi Siempre	
Me satisface como compartimos en mi familia: Los espacios en la casa				Siempre	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				Casi Siempre	
Me satisface como compartimos en mi familia: El dinero				Siempre	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)				Siempre	
Interpretación					
TAMIZAJE SALUD MENTAL					
¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?				NO	
¿Tiene mal apetito?				NO	
¿Duerme mal?				NO	
¿Se asusta con facilidad?				NO	
¿Sufre de temblor de manos?				NO	
¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?				NO	
¿Sufre de mala digestión?				NO	
¿No puede pensar con claridad?				NO	
¿Se siente triste?				NO	
¿Llora usted con mucha frecuencia?				NO	
¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?				NO	
¿Tiene dificultad para tomar decisiones?				NO	
¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)				NO	
¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?				NO	
¿Ha perdido interés en las cosas?				NO	
¿Siente que usted es una persona inútil?				NO	
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?				NO	
¿Se siente cansado todo el tiempo?				NO	
¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?				NO	

¿Se cansa con facilidad?		NO			
¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		NO			
¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		NO			
¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?		NO			
¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		NO			
¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, como movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de lengua o pérdida del conocimiento?		NO			
¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		NO			
¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		NO			
¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		NO			
¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		NO			
¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		NO			
Interpretación					
TAMIZAJE SALUD BUCAL					
¿Ha tenido dolor en los dientes?	NO	¿Tiene movilidad en sus dientes?	NO	¿Tiene dificultad para masticar?	NO
¿Le sangran las encías?	NO	¿Cepilla usted sus dientes después de cada comida?	SI	¿Cuántas veces cepilla usted sus dientes en el día?	SI
¿Cuándo fue la última vez que fue valorado por un Odontólogo?			1	Años	
CÁLCULO DE FRAMINGAN					
RCV FRAMIGHAM (%)		0.75	NIVEL DE RIESGO		BAJO
ANÁLISIS, COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO					
Observación:					

ATENCIÓN CONSULTA #5

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
JAHAIRA PEREZ BECERRA	43581001	FISIOTERAPIA
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
19-10-2023	19-10-2023	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPañANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:		" HACE UN MES DI UN MAL PASO EN LA ESCALERA"			
Enfermedad actual:		PACIENTE DE GENERO MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA ESTABLE, ALERTA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y POR SUS PROPIOS MEDIOS. MANIFIESTA QUE DESDE HACE 1 MES MESES ESTA PRESENTANDO DOLOR EN PIE DERECHO, VISTO POR MEDICO GENERAL (WILLIAM FERNANDO MARÍN), NO TRATADO FARMACOLOGICAMENTE, ENVIADO A TERAPIA FISICA.			
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:		NO			
Autoinmunes:		NO			
Cáncer:		NO			
Enfermedad Cardiovascular:		NO			
Infarto de miocardio:		NO			
Insuficiencia cardiaca:		NO			
Emergencia hipertensiva:		NO			
Tromboembolismo pulmonar:		NO			
Síndrome aórtico:		NO			
Sincope:		NO			
Diabetes:		NO			
Hipoglicemia:		NO			
Hipertensión:		NO			

Internaciones:	NO	
Valvulopatías:	NO	
Infeccioso:	NO	
Trastornos Gastrointestinales:	NO	
Trastornos Hormonales:	NO	
Trastornos Neuronales:	NO	
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	
Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombótico:	NO	
Evento Embólico:	NO	
Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	

Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Índice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras		Oído:	
Boca		Sistema Respiratorio	
Sistemas Genital/urinario		Sistema Endocrino	
Sistema Hematopoyético		Ojos	
Nariz		Sistema Cardiovascular	
Sistema Gastro Intestinal		Sistema Músculo/esqueleto	
Sistemas Nervioso		Sistema Linfático	
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	110 - 70	Frecuencia Cardíaca:	0
Frecuencia respiratoria:	0	Temperatura:	0
Peso (Kg):	66	Talla (cm):	169.5
IMC:	22.97	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:		Cabeza:	
Cuello:		Ojos:	
Nariz:		Boca:	
Oídos:		Tórax:	
Abdomen:		Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:		Neurológico:	

Vascular Periférico:			
----------------------	--	--	--

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
<p>OCUPACIÓN: COMERCIANTE</p> <p>PACIENTE DE GENERO MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA ESTABLE, ALERTA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y POR SUS PROPIOS MEDIOS. MANIFIESTA QUE DESDE HACE 1 MES MESES ESTA PRESENTANDO DOLOR EN PIE DERECHO, VISTO POR MEDICO GENERAL (WILLIAM FERNANDO MARÍN), NO TRATADO FARMACOLOGICAMENTE, ENVIADO A TERAPIA FISICA.</p> <p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS:</p> <p>RADIOGRAFIA:</p> <p>RESONANCIA ELECTROMAGNETICA:</p> <p>ECOGRAFIA:</p> <p>OTRO:</p> <p>INSPECCION:</p> <p>PIE PLANO (-)</p> <p>PIE CAVO (-)</p> <p>HALLUX VALGUS (-)</p> <p>DOLOR:</p> <p>- LOCALIZACION: PIE DERECHO</p> <p>- INTENSIDAD: 8/10 SEGÚN ESCALA ANALOGA VERBAL</p> <p>- AUMENTA: AL CAMINAR</p> <p>- DISMINUYE: EN REPOSO</p> <p>-EDEMA: NO PRESENTA</p> <p>-INFLAMACION:</p> <p>-ATROFIA: NO PRESENTA</p> <p>-SENSIBILIDAD: CONSERVADA</p> <p>-TEGUMENTARIO: SIN ALTERACION</p> <p>RANGOS DE MOVILIDAD (DERECHO)</p> <p>DORSIFLEXION 0° a 20°</p> <p>PLANTIFLEXION 0° a 50°</p> <p>INVERSION 0° a 40°</p> <p>EVERSION 0° a 15°</p> <p>FUERZA MUSCULAR:</p> <p>- DORSIFLEXORES: 3</p> <p>- PLANTIFLEXORES: 3</p> <p>- INVERSORES:3</p> <p>- EVERSORES: 3</p> <p>FLEXIBILIDAD: RETRACCIONES LEVES EN GASTROSOLEOS, PERONEOS, TIBIALES</p> <p>MANIOBRAS EXPLORATORIAS:</p> <p>-TEST DE THOMPSON: -</p> <p>-TEST DE CAJON ANTERIOR: -</p> <p>-TEST DE JACK: -</p> <p>MARCHA: ADECUADA CADENCIA, LONGITUD Y VELOCIDAD; ADECUADA BASE DE SUSTENTACION, ADECUADO APOYO DE LOS PIES</p> <p>FUNCIONALIDAD: INDEPENDIENTE EN LA REALIZACION DE SUS ABC Y AVD.</p> <p>ESCALA DE CAIDA DE DOWNTON: PUNTUACION 0-SIN RIESGO DE CAIDA</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>DISMINUIR DOLOR MEDIOS DE CONTRASTE ELECTROANALGESIA ULTRASONIDO</p> <p>MANTENER RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ESTIRAMIENTOS ACTIVOS ASISTIDOS EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ESCALERILLA</p> <p>BALONTERAPIA</p> <p>MEJORAR FUERZA MUSCULAR ISOMETRICOS THERABAND EJERCICIOS CON BALON</p> <p>PLAN CASERO</p> <p>DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO:</p> <p>PACIENTE QUIEN PRESENTA ALTERACION EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO POR PRESENTAR DOLOR EN PIE DERECHO LLEVANDOLO A UNA LEVE RESTRICCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES LABORALES.</p> <p>PRONOSTICO: SE ESPERA LOGRAR UN 80% DE LA RECUPERACION</p> <p>CONDUCTA: SE DA ORDEN PARA 6 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA, SE LE INDICA EL PLAN Y MANEJO TERAPÉUTICO, SE DAN A CONOCER DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE. SE LE LEE Y EXPLICA CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTA FIRMAR. PACIENTE FINALIZA EN BUENAS CONDICIONES.</p>		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO
Tipo diagnóstico principal:		CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de consulta:		NO APLICA
Causa externa:		OTRA

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
JAHAIRA PEREZ BECERRA	43581001	FISIOTERAPIA
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
03-11-2023	03-11-2023	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPañANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	CONTROL POR FISIOTERAPIA 1/5				
Enfermedad actual:	PACIENTE DE GENERO MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA ESTABLE, ALERTA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y POR SUS PROPIOS MEDIOS. MANIFIESTA QUE DESDE HACE 1 MES MESES ESTA PRESENTANDO DOLOR EN PIE DERECHO, VISTO POR MEDICO GENERAL (WILLIAM FERNANDO MARÍN), NO TRATADO FARMACOLOGICAMENTE, ENVIADO A TERAPIA FISICA.				
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:	NO				
Autoinmunes:	NO				
Cáncer:	NO				
Enfermedad Cardiovascular:	NO				
Infarto de miocardio:	NO				
Insuficiencia cardiaca:	NO				
Emergencia hipertensiva:	NO				
Tromboembolismo pulmonar:	NO				
Síndrome aórtico:	NO				
Sincope:	NO				
Diabetes:	NO				
Hipoglicemia:	NO				
Hipertensión:	NO				
Internaciones:	NO				
Valvulopatías:	NO				
Infeccioso:	NO				
Trastornos Gastrointestinales:	NO				
Trastornos Hormonales:	NO				
Trastornos Neuronales:	NO				
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO				
Artritis Reumatoide:	NO				
Enfermedad de Visión:	NO				
Cataratas:	NO				
Desprendimiento de retina:	NO				
Glaucoma:	NO				
Retinopatía diabética:	NO				
Ojo seco:	NO				
Enfermedad cerebro vascular:	NO				
Evento trombótico:	NO				
Evento Embólico:	NO				
Evento Hemorrágico:	NO				
Enfermedad Vascular:	NO				
Obstrucciones Arteriales:	NO				
Aneurismas aórticos:	NO				
Enfermedad de Buerger:	NO				
Fenómeno de Raynaud:	NO				
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO				
Embolia Pulmonar:	NO				

Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Índice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		

Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras		Oído:	
Boca		Sistema Respiratorio	
Sistemas Genital/urinario		Sistema Endocrino	
Sistema Hematopoyético		Ojos	
Nariz		Sistema Cardiovascular	
Sistema Gastro Intestinal		Sistema Músculo/esqueleto	
Sistemas Nervioso		Sistema Linfático	
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	110 - 70	Frecuencia Cardiaca:	0
Frecuencia respiratoria:	0	Temperatura:	0
Peso (Kg):	66	Talla (cm):	169.5
IMC:	22.97	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:		Cabeza:	
Cuello:		Ojos:	
Nariz:		Boca:	
Oídos:		Tórax:	
Abdomen:		Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:		Neurológico:	
Vascular Periférico:			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA ESTABLE, ALERTA,CONSCIENTE,EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y POR SUS PROPIOS MEDIOS.REFIERE DOLOR DE 7/10 SEGUN ESCALA ANALOGA VERBAL, SE EXPLICA CONDUCTA ENTIENDE Y ACEPTA.SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS EN GASTROSOLEOS,TIBIALES,PERONEROS CON EL FIN DE MEJORAR FLEXIBILIDAD,SE REALIZAN EJERCICIOS DESLIZANDO TOALLA CON LOS DEDOS DEL PIE CON EL FIN DE ALIVIAR TENSIÓN PLANTAR Y SE REALIZAN EJERCICIOS ISOMÉTRICOS CON EL FIN DE FORTALECER MUSCULATURA TRABAJADA.SE SUGIERE REALIZAR EJERCICIOS EN CASA,ESTIRAMIENTOS 2 VECES AL DIA, Y EN CASO DE PRESENTAR DOLOR APLICAR CALOR HÚMEDO LOCAL POR 10 MINUTOS,FINALIZA SIN COMPLICACIONES.		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO
Tipo diagnóstico principal:	CONFIRMADO REPETIDO	
Finalidad de consulta:	NO APLICA	
Causa externa:	OTRA	

ATENCIÓN CONSULTA #7

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
JAHAIRA PEREZ BECERRA	43581001	FISIOTERAPIA
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
15-11-2023	15-11-2023	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPañANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	

Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	CONTROL POR FISIOTERAPIA 2				
Enfermedad actual:	PACIENTE DE GENERO MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA ESTABLE,ALERTA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y POR SUS PROPIOS MEDIOS. MANIFIESTA QUE DESDE HACE 1 MESMESES ESTA PRESENTANDO DOLOR EN PIE DERECHO, VISTO POR MEDICO GENERAL (WILLIAM FERNANDO MARÍN),NO TRATADO FARMACOLOGICAMENTE, ENVIADO A TERAPIA FISICA.				
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:	NO				
Autoinmunes:	NO				
Cáncer:	NO				
Enfermedad Cardiovascular:	NO				
Infarto de miocardio:	NO				
Insuficiencia cardiaca:	NO				
Emergencia hipertensiva:	NO				
Tromboembolismo pulmonar:	NO				
Síndrome aórtico:	NO				
Sincope:	NO				
Diabetes:	NO				
Hipoglicemia:	NO				
Hipertensión:	NO				
Internaciones:	NO				
Valvulopatías:	NO				
Infeccioso:	NO				
Trastornos Gastrointestinales:	NO				
Trastornos Hormonales:	NO				
Trastornos Neuronales:	NO				
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO				
Artritis Reumatoide:	NO				
Enfermedad de Visión:	NO				
Cataratas:	NO				
Desprendimiento de retina:	NO				
Glaucoma:	NO				
Retinopatía diabética:	NO				
Ojo seco:	NO				
Enfermedad cerebro vascular:	NO				
Evento trombótico:	NO				
Evento Embólico:	NO				
Evento Hemorrágico:	NO				
Enfermedad Vascular:	NO				
Obstrucciones Arteriales:	NO				
Aneurismas aórticos:	NO				
Enfermedad de Buerger:	NO				
Fenómeno de Raynaud:	NO				
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO				
Embolía Pulmonar:	NO				
Flebitis:	NO				
Enfermedad Renal:	NO				
Insuficiencia renal aguda:	NO				
Daño renal agudo:	NO				
Insuficiencia renal crónica:	NO				
Otros:	NO				
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS					
DESCRIPCIÓN		FECHA			

NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA

Piel y faneras		Oído:	
Boca		Sistema Respiratorio	
Sistemas Genital/urinario		Sistema Endocrino	
Sistema Hematopoyético		Ojos	
Nariz		Sistema Cardiovascular	
Sistema Gastro Intestinal		Sistema Músculo/esqueleto	
Sistemas Nervioso		Sistema Linfático	
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	110 - 70	Frecuencia Cardíaca:	0
Frecuencia respiratoria:	0	Temperatura:	0
Peso (Kg):	66	Talla (cm):	169.5
IMC:	22.97	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:		Cabeza:	
Cuello:		Ojos:	
Nariz:		Boca:	
Oídos:		Tórax:	
Abdomen:		Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:		Neurológico:	
Vascular Periférico:			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA ESTABLE, ALERTA,CONSCIENTE,EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y POR SUS PROPIOS MEDIOS.REFIERE DOLOR DE 6/10 SEGUN ESCALA ANALOGA VERBAL, SE EXPLICA CONDUCTA ENTIENDE Y ACEPTA SE REALIZA SESION PARA DISMINUIR DOLOR POR MEDIO DE CALOR HUMEDO LOCAL POR 10 MINUTOS.SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS EN GASTROSOLEOS,TIBIALES,PERONEROS CON EL FIN DE MEJORAR FLEXIBILIDAD.SE REALIZAN EJERCICIOS ISOMÉTRICOS CON EL FIN DE FORTALECER MUSCULATURA TRABAJADA,SE REALIZAN EJERCICIOS DE CADENA CINÉTICA CERRADA CON EL FIN DE MEJORAR ESTABILIDAD EN CUELLO DE PIE.SE SUGIERE REALIZAR EJERCICIOS EN CASA,ESTIRAMIENTOS 2 VECES AL DIA, Y EN CASO DE PRESENTAR DOLOR APLICAR CALOR HÚMEDO LOCAL POR 10 MINUTOS,FINALIZA SIN COMPLICACIONES.		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO
Tipo diagnóstico principal:	CONFIRMADO REPETIDO	
Finalidad de consulta:	NO APLICA	
Causa externa:	OTRA	

ATENCIÓN CONSULTA #8

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
MATEUS HERNANDEZ SONIA FERNANDA	1018428875	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
29-05-2024	29-05-2024	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	"ME DUELE LA ESPALDA"				
Enfermedad actual:	PACINETE ASISTE A CONSULTA POR CUADRO DE UN DIA DE DOLOR EN REGION LUMBAR DE INCIOA SUBITO, NO ASOCIADO A TRAUMAS RECIENTES, NO IRRADIADO A MIEMBROS INFERIOIRES, DE INTENSIDAD 8/10, LIMITA LOS ARCOS DE MOVIMIENTOS NIEGA MEDICACION DIURESIS Y DEPOSICIONES SIN ALTERACIONES OCUPACION COMERCIANTE.				
ANTECEDENTES					

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
Arritmias:	NO	
Autoinmunes:	NO	
Cáncer:	NO	
Enfermedad Cardiovascular:	NO	
Infarto de miocardio:	NO	
Insuficiencia cardiaca:	NO	
Emergencia hipertensiva:	NO	
Tromboembolismo pulmonar:	NO	
Síndrome aórtico:	NO	
Sincope:	NO	
Diabetes:	NO	
Hipoglicemia:	NO	
Hipertensión:	NO	
Internaciones:	NO	
Valvulopatías:	NO	
Infeccioso:	NO	
Trastornos Gastrointestinales:	NO	
Trastornos Hormonales:	NO	
Trastornos Neuronales:	NO	
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	
Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombótico:	NO	
Evento Embólico:	NO	
Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		

ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	NO REFIERE	Oído:	NO REFIERE
Boca	NO REFIERE	Sistema Respiratorio	NO REFIERE
Sistemas Genital/urinario	NO REFIERE	Sistema Endocrino	NO REFIERE
Sistema Hematopoyético	NO REFIERE	Ojos	NO REFIERE
Nariz	NO REFIERE	Sistema Cardiovascular	NO REFIERE
Sistema Gastro Intestinal	NO REFIERE	Sistema Músculo/esqueleto	REFERIDO
Sistemas Nervioso	NO REFIERE	Sistema Linfático	NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO			
T.A:	120 - 80	Frecuencia Cardiaca:	78
Frecuencia respiratoria:	17	Temperatura:	36
Peso (Kg):	70	Talla (cm):	170
IMC:	24.22	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	SIN ALTERCAIONES	Cabeza:	NORMOCEFALO
Cuello:	MOVIL,NO DOLOROSO SIN ADENOPATIAS, NO SE PALPAN MASAS	Ojos:	
Nariz:	NO SECRECIONES, NO HIPERTROFIA DE CORNETES	Boca:	MUCOSA ORAL HUMEDA , NO HIPERTROFIA AMIGDALINA, SIN LESIONES
Oídos:		Tórax:	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS , SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONAR: MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN TODOS LOS CAMPOS, NO SOBREGREGADOS.
Abdomen:	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS	Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:	EXTREMIDADES MÓVILES, SIMÉTRICAS, RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, DOLOR A LA PALPACION EN REGION PARALUMBAR BILATERAL. LASEGUE +	Neurológico:	ALERTA, ORIENTADO, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE
Vascular Periférico:	LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEG PULSOS SIMETRICOS		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE EN BUEN ESTDAO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, PACIENTE CON CUADRO DE LUMBAGO DE CARACTERISTICAS MECANICAS, SE CONSIDERA MANJEJO ANALGESICO, RELAJANTE MSUCULAR, MEDIOS FISICOS, SE DAN CONSEJERIA ACERCA DE HIGIENE ORAL, ALIMENTACION ADECUADA, FACTORES PROTECTORES, VACUNACION , CUIDADOS EN CASA, MEDIDAS PARA EVITAR CONTAGIO INFECCIOSO, ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR, ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL , CONSUMO DE DROGAS Y TABAQUISMO, ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO REGULAR , MALTRATO INFANTIL , VIOLENCIA SEXUAL O DOMICILIARIA, VACUNACION CORRESPONDIENTE A LA EDAD, SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS , HABITOS DE VIDA SALUDABLE, Y DEJO RECOMENDACIONES DE TENER CUIDADOS DE CAIDAS EN CASA ENTIENDE Y ACEPTA		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
Tipo diagnóstico principal:	IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad de consulta:	DIAGNOSTICO	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	

MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
533822	DICLOFENACO 75 MG SOLUCION INYECTABLE	APLICAR IM AHORA	1	1
524377	TIOCOLCHICOSIDO 8 MG TABLETA RECUBIERTA	TOMAR UNA CADA 12 HORAS	10	5
524394	ACETAMINOFEN/CAFEINA/IBUPROFENO 250/65/400 MG TABLETA	TOMAR UNA CADA 8 HORAS	15	5

ATENCIÓN CONSULTA #9

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
JUAN CAMILO PARDO TAMAYO	1030563850	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
01/10/2024 13:58:25	01/10/2024 14:23:00	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPañANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	TNGO UN ABCESO				
Enfermedad actual:	PACIENTE QUIENR EFIERE ACUDE POR CUADRO D E8 DIAS DE SALIDA DE LESION EN BOCA HACIA ANECA LATERLA DEREH SUEPREI DOLOR LOCAL , NIEGA SALIDA DE AETRIA , NIEGA FIEBR E, ASOAIDO ACFELA MLAESTER GEENRAL				
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:	NO				
Autoinmunes:	NO				
Cáncer:	NO				
Enfermedad Cardiovascular:	NO				
Infarto de miocardio:	NO				
Insuficiencia cardiaca:	NO				
Emergencia hipertensiva:	NO				
Tromboembolismo pulmonar:	NO				
Síndrome aórtico:	NO				
Sincope:	NO				
Diabetes:	NO				
Hipoglicemia:	NO				
Hipertensión:	NO				
Internaciones:	NO				
Valvulopatías:	NO				
Infeccioso:	NO				
Trastornos Gastrointestinales:	NO				
Trastornos Hormonales:	NO				
Trastornos Neuronales:	NO				
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO				
Artritis Reumatoide:	NO				
Enfermedad de Visión:	NO				
Cataratas:	NO				
Desprendimiento de retina:	NO				
Glaucoma:	NO				
Retinopatía diabética:	NO				
Ojo seco:	NO				
Enfermedad cerebro vascular:	NO				
Evento trombótico:	NO				
Evento Embólico:	NO				
Evento Hemorrágico:	NO				
Enfermedad Vascular:	NO				
Obstrucciones Arteriales:	NO				
Aneurismas aórticos:	NO				
Enfermedad de Buerger:	NO				
Fenómeno de Raynaud:	NO				
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO				
Embolía Pulmonar:	NO				
Flebitis:	NO				
Enfermedad Renal:	NO				
Insuficiencia renal aguda:	NO				
Daño renal agudo:	NO				
Insuficiencia renal crónica:	NO				
Otros:	NO				

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		
ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Índice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Oído:	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
Boca	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Sistema Respiratorio	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
Sistemas Genital/urinario	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Sistema Endocrino	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
Sistema Hematopoyético	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Ojos	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
Nariz	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Sistema Cardiovascular	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
Sistema Gastro Intestinal	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Sistema Músculo/esqueleto	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
Sistemas Nervioso	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA	Sistema Linfático	NO REFIERE EN ESTA CONSULTA
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	100 - 78	Frecuencia Cardiaca:	80
Frecuencia respiratoria:	18	Temperatura:	36
Peso (Kg):	73	Talla (cm):	170
IMC:	25.26	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	Cabeza:	NORMOCEFALO
Cuello:	NO MASAS NO ADENOPATIAS	Ojos:	PINRL, ESCLERAS ANICTERICAS
Nariz:	NO EXPLORADO	Boca:	MUCOSA ORAL HUEDA , OROFARINGE NO ERITEMA NO PLACAS , carilo dereho peque ulcera afta , no sececcion
Oídos:	NO EXPLORADO	Tórax:	TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE NO SDR , RSCS BUEN TONO RITMICOS NO SOPLOS , RSRs BIEN VENTILADOS NO AGREGADOS
Abdomen:	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MASAS NO MEGALIAS NO IRRITACION PERITONEAL	Genito/Urinario:	NO EXPLORADO
Músculo/Esquelético:	EXTREMIDADES EUTROFICAS SIMETRICAS NO EDEMA	Neurológico:	ALERTA , NORMOREFLEXIA , FUERZA MUSCULAR 5/5 , SIN DEFICIT APARENTE
Vascular Periférico:	NO EXPLORADO		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE CON LESIONE TIPO AFTA ULCERA EN CARILLO DERECHO , EN EL MOMENTO BUEN ESTADO GENERAL SIN SIGNOS D EINFECCION APARENTM ASOIAD A MORIDIDA DE MUCOSA ,SE EXPLCIA SE DAMANJEO SINTMATICO RECOMENDAICNE SGEENRALES SIGNOS DE ALARMA REFIERE NTENDER Y ACEPTAR		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	K120	ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE
Tipo diagnóstico principal:	IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad de consulta:	TRATAMIENTO	
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL	

MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
533868	NISTATINA 100000 UI/ML/60 ML SUSPENSION ORAL	REALIZAR ENJUAGUE EN AREA AFACTDA EN BOCA CADA 8 HORAS POR	1	5

RECOMENDACIONES MEDICAS

Se dan recomendaciones sobre realización de autoexamen con palpación de testículos***; quimioprofilaxis y consejería de salud sexual, ETS; seguridad de accidentes, depresión, maltrato y violencia, higiene oral, actividad física, alimentación saludable, (alto contenido de frutas, verduras, leguminosas, cereales, dieta baja en grasa y confitería, reducción del consumo de sal), uso del tiempo libre, uso de bloqueador solar y cuidado de la piel, continuar controles con cita programada. ***Completar vacunación o vacunar contra covid***

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
CRISTIAN GERMAN BELTRAN DIAZ	80051100	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
11/10/2024 10:28:00	11/10/2024 10:50:26	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:	Asiste solo	Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	"por un golpe en la nariz" Ocupación: comerciantes				
Enfermedad actual:	Paciente refiere que presento trauma contundente en dorso nasal el 06 de octubre por lo cual consulto al servicio de urgencias de clínica de occidente donde dieron analgesia se tomo rx de huesos nasales del 07/10/2024 reportada como las estructuras oseas que conforman el macizo facial sin simétrica, sin detectar lineas de fracturas evidentes, las orbitas y agujeros ópticos son de aspecto normal, el maxilar inferior no muestra alteraciones, densidad osea y tejidos blandos observado sin alteraciones opinión estudio dentro de limites normales firmado por orlando Gonzales bravo radiología esta en manejo AINES refiere dolor en dorso nasal y zona frontal niega episodio de epistaxis en los ultimos 03 dias no alteracion de la conciencia				
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Arritmias:	NO				
Autoinmunes:	NO				
Cáncer:	NO				
Enfermedad Cardiovascular:	NO				
Infarto de miocardio:	NO				
Insuficiencia cardiaca:	NO				
Emergencia hipertensiva:	NO				
Tromboembolismo pulmonar:	NO				
Síndrome aórtico:	NO				
Sincope:	NO				
Diabetes:	NO				
Hipoglicemia:	NO				
Hipertensión:	NO				
Internaciones:	NO				
Valvulopatías:	NO				
Infeccioso:	NO				
Trastornos Gastrointestinales:	NO				
Trastornos Hormonales:	NO				
Trastornos Neuronales:	NO				
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO				
Artritis Reumatoide:	NO				
Enfermedad de Visión:	NO				
Cataratas:	NO				
Desprendimiento de retina:	NO				
Glaucoma:	NO				
Retinopatía diabética:	NO				
Ojo seco:	NO				
Enfermedad cerebro vascular:	NO				
Evento trombótico:	NO				
Evento Embólico:	NO				
Evento Hemorrágico:	NO				
Enfermedad Vascular:	NO				
Obstrucciones Arteriales:	NO				
Aneurismas aórticos:	NO				
Enfermedad de Buerger:	NO				

Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4		
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO		

ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		

ANTECEDENTES ALÉRGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		

HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	

Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	No refiere	Oído:	No refiere
Boca	No refiere	Sistema Respiratorio	No refiere
Sistemas Genital/urinario	diuresis +	Sistema Endocrino	No refiere
Sistema Hematopoyético	No refiere	Ojos	No refiere
Nariz	No refiere	Sistema Cardiovascular	No refiere
Sistema Gastro Intestinal	Hi 1 x día	Sistema Músculo/esqueleto	No refiere
Sistemas Nervioso	No refiere	Sistema Linfático	No refiere
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	122 - 70	Frecuencia Cardiaca:	70
Frecuencia respiratoria:	16	Temperatura:	36
Peso (Kg):	73	Talla (cm):	170
IMC:	25.26	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	Apariencia y Textura normal, uniforme de buen color	Cabeza:	Normocefalo, implantación de cabello usual
Cuello:	Sin masas Ni megalias móvil , no hay signos de irritacion meningea	Ojos:	Conjuntivas Normocromicas, Isocoria Normoreactiva
Nariz:	Fosas Nasales permeables, no estigmas de sangrado dolor en dorso nasal sin crepitaciones con leve deformidad a nivel nasal	Boca:	Mucosa oral humeda, orofaringe normal
Oídos:	Pabellones Auricular sin alteraciones, Otoscopia Bilateral normal.	Tórax:	Ruidos Cardíacos Rítmicos; Sin Soplos ni agregados, Ruidos Respiratorios Murmullo vesicular conservado no agregados
Abdomen:	Ruidos Intestinales ++ Blando depresible no se palpan masas ni megalias, no hay signos de irritación peritoneal	Genito/Urinario:	No se examina
Músculo/Esquelético:	Simétricas con arcos de movilidad conservados	Neurológico:	Sin deficit motor ni sensitivo
Vascular Periférico:	No edemas		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
<p>Paciente masculino de 42 años de edad con antecedente de trauma contundente en dorso nasal con reporte de radiografía de huesos nasales dentro de la normalidad</p> <p>no se puede observar imágenes por incompatibilidad de Software, al examen físico no hay epistaxis ni estigmas de sangrado dolor en regio de dorso nasal con deformidad</p> <p>por poca correlacion entre peorte de rx y lcincia solcito nuevo control de rx de huesos nasales</p> <p>se continua manejo con AINES</p> <p>se explica y se resuelven dudas</p> <p>paciente entiende y acepta recomendaciones</p> <p>signos de alarma</p>		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	S003	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA NARIZ
Tipo diagnóstico principal:	IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad de consulta:	OTRA	

Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL
----------------	--------------------

ORDENAMIENTO				
Código	Nombre	Cantidad	Nota	Tipo
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	1		IMAGENOLOG IA

MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
511126	NAPROXENO 500MG TABLETA	tomar una tableta cada 12 horas	20	10

ATENCIÓN CONSULTA #11

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
LAURA JULIANA GUTIERREZ OCHOA	1026595336	MEDICINA GENERAL
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
26/12/2024 6:34:47	26/12/2024 6:55:05	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPañANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Nombre Responsable:		Teléfono:		Categoría:	
MOTIVO CONSULTA					
Motivo de consulta:	" SIENTO PUNZADAS EN EL OJO"				
Enfermedad actual:	PACIENTE DE 42 AÑOS QUIEN CONSULTA POR 4 DIAS DE DOLOR EN OJO IZQUIERDO DE TIPO PUNZANTE DE INTENSIDAD LEVE QUE NO SE IRRADIA, REFERE MANEJO CON COLIRIO SIN MEJORIA DE SINTOMATOLOGIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA,				

ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
Arritmias:	NO	
Autoinmunes:	NO	
Cáncer:	NO	
Enfermedad Cardiovascular:	NO	
Infarto de miocardio:	NO	
Insuficiencia cardiaca:	NO	
Emergencia hipertensiva:	NO	
Tromboembolismo pulmonar:	NO	
Síndrome aórtico:	NO	
Sincope:	NO	
Diabetes:	NO	
Hipoglicemia:	NO	
Hipertensión:	NO	
Internaciones:	NO	
Valvulopatías:	NO	
Infeccioso:	NO	
Trastornos Gastrointestinales:	NO	
Trastornos Hormonales:	NO	
Trastornos Neuronales:	NO	
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	
Artritis Reumatoide:	NO	
Enfermedad de Visión:	NO	
Cataratas:	NO	
Desprendimiento de retina:	NO	
Glaucoma:	NO	
Retinopatía diabética:	NO	

Ojo seco:	NO	
Enfermedad cerebro vascular:	NO	
Evento trombotico:	NO	
Evento Embolico:	NO	
Evento Hemorrágico:	NO	
Enfermedad Vascular:	NO	
Obstrucciones Arteriales:	NO	
Aneurismas aórticos:	NO	
Enfermedad de Buerger:	NO	
Fenómeno de Raynaud:	NO	
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	
Embolia Pulmonar:	NO	
Flebitis:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Insuficiencia renal aguda:	NO	
Daño renal agudo:	NO	
Insuficiencia renal crónica:	NO	
Otros:	NO	

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4	
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO	

ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES ALÉRGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Cáncer de Próstata	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cáncer de Colón	NO	
Cardiovasculares	NO	
Cáncer de Pulmón	NO	
Cáncer de Mama	NO	
Otro Tipo de Cáncer	NO	
Otros Antecedentes:		

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:		Consumo de alimentos Ricos en fibra:	SI
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua	SI
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO

Bajo Consumo de grasas:	SI	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO		
Alcohol:	NO		
Frecuencia (Alcohol)	0		
Fumador:	No		
Cuantos Cigarrillos al Día		Cuantos Cigarrillos al Años	
Indice tabaquicoa		Riesgo EPOC	
Estrés:	NO		
Otros	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Mujer o menor víctima del maltrato:	NO	Víctima de violencia sexual:	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad:	SIN DISCAPACIDADES
Sangre oculta en heces:	No Realizado	Pre-test de VIH:	NO
Post-test de VIH:	NO		

REVISIÓN POR SISTEMA			
Piel y faneras	SIN ALTERACIONES	Oído:	SIN ALTERACIONES
Boca	SIN ALTERACIONES	Sistema Respiratorio	SIN ALTERACIONES
Sistemas Genital/urinario	SIN ALTERACIONES	Sistema Endocrino	
Sistema Hematopoyético		Ojos	
Nariz		Sistema Cardiovascular	
Sistema Gastro Intestinal		Sistema Músculo/esqueleto	
Sistemas Nervioso		Sistema Linfático	
EXAMEN FÍSICO			
T.A:	110 - 75	Frecuencia Cardiaca:	89
Frecuencia respiratoria:	19	Temperatura:	36
Peso (Kg):	73	Talla (cm):	170
IMC:	25.26	Circunferencia abdominal (cm):	0
Perímetro Cefálico (cm):	0	Perímetro Braquial (cm):	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (mm):	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm):	0
Piel y faneras:	SIN ALTERACIONES	Cabeza:	SIN ALTERACIONES
Cuello:		Ojos:	OJO IZQUIERDO CON LEVE IRRITACION
Nariz:		Boca:	
Oídos:		Tórax:	Simétrico,normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, rrsr sin agregados
Abdomen:	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONEAL	Genito/Urinario:	
Músculo/Esquelético:		Neurológico:	
Vascular Periférico:	SIN ALTERACIONES		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO		
Análisis y Plan:		
PACIENTE DE 42 AÑOS QUIEN CONSULTA POR 4 DIAS DE DOLOR EN OJO IZQUIERDO EN EL MOMENTO ESTABLE, EXAMEN FÍSICO CIFRA STENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, OJO IZQUIERDO CON LEVE IRRITACION , MOVILIDAD CONSERVADA RESTO SIN ALTERACIONES, SE INDICA PREDNISOLONA, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA		
¿Principal?	Cod	Descripción
SI	H571	DOLOR OCULAR
Tipo diagnóstico principal:	IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad de consulta:	TRATAMIENTO	

Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL
----------------	--------------------

MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTO
544748	PREDNISOLONA 10MG/ML SUSPENSION OFTÁLMICA 5 ML	APLICAR 1 GOTTA CADA 12 HORAS PRO 5 DIAS	1	5

RECOMENDACIONES MEDICAS
Alimentación saludable, hidratación adecuada, lavado de manos adecuado, uso de tapabocas frecuente, ejercicio regular(al menos 3 veces por semana), consultar si presenta alguno de los siguiente síntomas, fiebre de difícil control por más de 3 días, dolor torácico, dificultad para respirar, convulsiones, deterioro del estado de conciencia

ATENCIÓN CONSULTA #12

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
AURA MARIA HERRERA BEJARANO	1013661661	ODONTOLOGIA
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha impresión
19-10-2023	19-10-2023	20-06-2025
Sede:VIVA 1A IPS PUENTE ARANDA		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:	ISMAEL CUELLAR	Teléfono:	3123028906	Parentesco:	
Nombre Responsable:	ISMAEL CUELLAR	Teléfono:	3123028906	Categoría:	

MOTIVO CONSULTA	
Motivo de consulta:	" CONTROL "
Enfermedad actual:	PACIENTE DE SEXO MASCULINO ASISTE PARA CONTROL

ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
Cáncer:	NO	
Diabetes:	NO	
Infeccioso:	NO	
Autoinmunes:	NO	
Enfermedad Cardiovascular:	NO	
Hipertensión:	NO	
Enfermedad Renal:	NO	
Otros:	NO	

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
FRACTURA TRANSVERSA DE L2-L3-L4	
FRACTURA DE BASE DE 5TO METATARSIANO IZQUIERDO	

ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES ALÉRGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
NIEGA DURANTE LA CONSULTA	

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS		
DESCRIPCIÓN	FECHA	
NIEGA DURANTE LA CONSULTA		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	
Diabetes	SI	TIOS MATERNOS
Cardiovasculares	NO	
Cáncer	NO	
EXAMEN ESTOMATOLOGICO		
ATM	NO	
Línea media facial	SIMETRICA	
Surcos vestibulares	NO	
Labio superior	NO	
Labio inferior	NO	
Frenillo labial superior	NO	
Frenillo labial inferior	NO	
Comisuras	NO	
Paladar duro	NO	
Úvula	NO	
Piso boca	NO	
Frenillo lingual	NO	
Lengua	NO	
Sistema linfático	NO	
Mucosa oral	NO	
EXAMEN OCLUSAL		
Edentulo	NO	
Clasificación Angle	CLASE I	
Línea Media Dental	NO	
Mordida Cruzada	NO	
Arco dental	NO	
Diente Incluido	NO	
Tipo Edentulo:		
Tipo Dentición:	PERMANENTE	
Perfil	RECTO	
Mordida	CERRADA	
Diente Impactado	NO	
Supernumerario	NO	
Crecimiento desarrollo	NO	
Otros		
HÁBITO ORAL		
Respirador oral	NO	
Succión digital	NO	
Biberon	NO	
Bruxismo	NO	
Lengua protráctil	NO	
Queilofagia	NO	
Succión dedo	NO	
Tetero	NO	
Fumador	NO	
Onicofagia	NO	
Succión labial	NO	
Otros		

HÁBITOS DE HIGIENE ORAL				
		¿Cuántas veces al día?	¿Meta?	
¿Uso de seda dental?	SI	2	4	
¿Cepilla sus dientes?	SI	2	4	
¿Usa crema dental con fluor?	SI	Recomendaciones:null		
Uso de enjuague bucal	NO	0		

EXAMEN PULPAR		
Alteración vitalidad	NO	
Sensibilidad	NO	
Dolor percusión	NO	
Cambio color	NO	
Fistula	NO	
Diente tratado endodónticamente	NO	
Otros		

EXAMEN PERIODONTAL		
Cálculo Dental	NO	
Inflamación gingival	NO	
Movilidad Dental	NO	
Perdida osea	NO	
Observaciones		

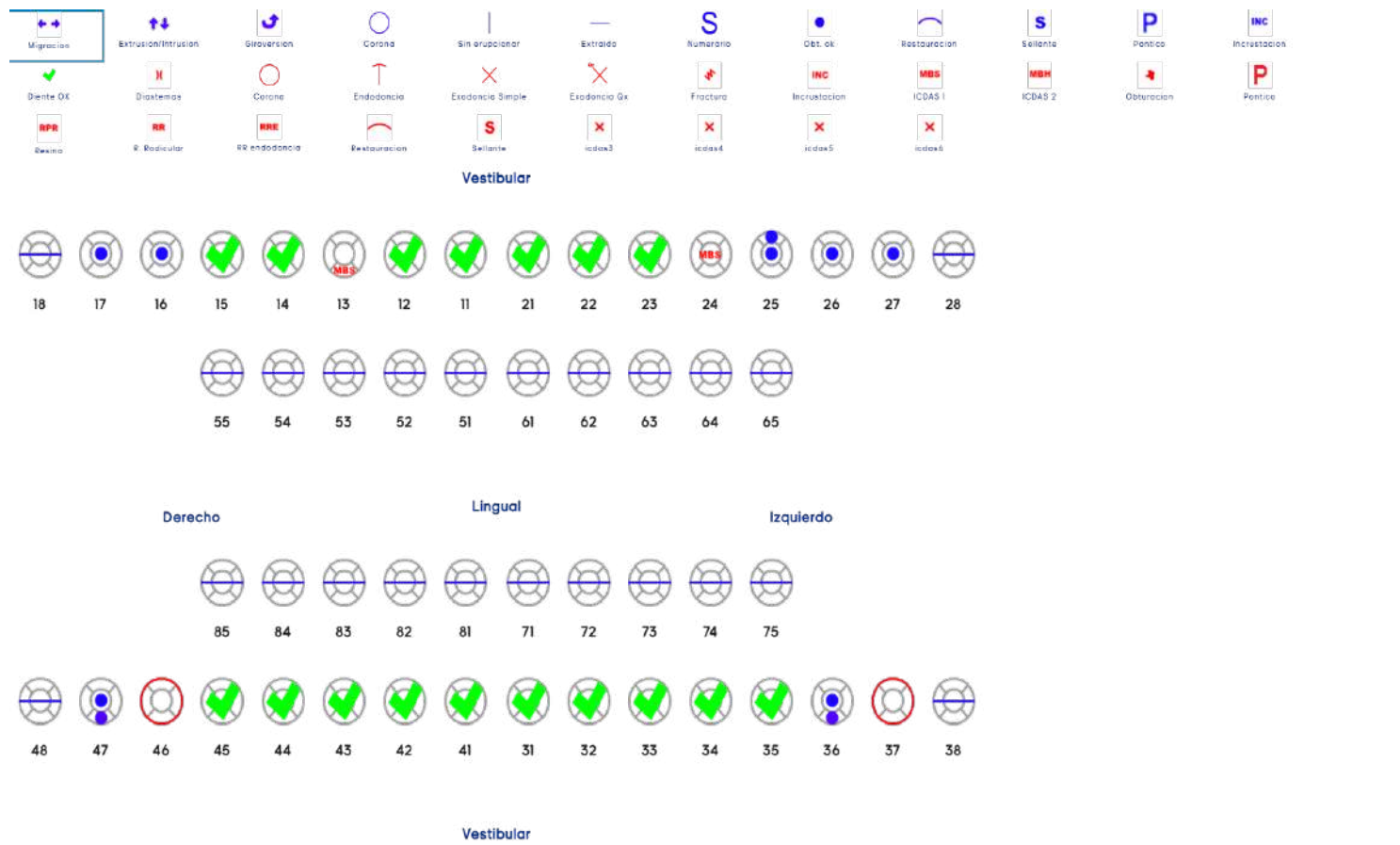
IMPRESIÓN DIAGNOSTICO				
Análisis y Plan:				
APERTURA DE HISTORIA CLINICA - ODONTOGRAMA				
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN				
¿Principal?	Diente	Cod	Descripción	Observación
SI	0	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	18	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCIÓN O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
NO	17	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	16	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	15	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	14	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	13	K020	CARIES LIMITADA AL ESMALTE (MANCHA BLANCA)	
NO	12	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	11	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	21	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	22	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	23	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	24	K020	CARIES LIMITADA AL ESMALTE (MANCHA BLANCA)	
NO	25	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	25	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	26	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	27	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	28	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCIÓN O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
NO	38	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCIÓN O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
NO	37	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	36	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	36	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS	

			TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	35	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	34	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	33	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	32	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	31	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	41	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	42	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	43	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	44	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	45	Z012	EXAMEN ODONTOLÓGICO	
NO	46	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	47	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	47	K038	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	
NO	48	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
Tipo diagnóstico principal:		IMPRESION DIAGNOSTICA		
Finalidad de consulta:		NO APLICA		
Causa externa:		ENFERMEDAD GENERAL		

ORDENAMIENTO				
Diente	DX	Cups	Observación	Cant.
0	Z012 EXAMEN ODONTOLOGICO	890203 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL		1
0	Z012 EXAMEN ODONTOLOGICO	990203 EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA		1
0	Z012 EXAMEN ODONTOLOGICO	997310 PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA		1
0	Z012 EXAMEN ODONTOLOGICO	997301 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL		4

RECOMENDACIONES MEDICAS

ODONTOGRAMA



OBSERVACION ODONTOGRAMA
NO REFIERE

INDICADORES COP				
SANOS: 17	CARIADO NO CAVITACIONAL: 2	CARIADO CAVITACIONAL: 0	OBTURADOS: 7	PERDIDOS: 0
Extraídos por ortodoncia: 0	TOTAL: 170200070028			

INDICADORES CEO				
SANOS: 0	CARIADO NO CAVITACIONAL: 0	CARIADO CAVITACIONAL: 0	EXFOLIADO: 0	OBTURADOS: 0
Extraídos por ortodoncia: 0	TOTAL: 170200070028			

EVOLUCION				
Diente	DX	Cups	Cant.	Medico
0		890303 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	1	AURA MARIAHERRERA BEJARANO
FECHA ATENCION: 19-10-23 HORA DE ATENCION 7:00 AM HORA DE SALIDA 7:20 AM CARGA 2 PAQUETE 2023101812 FECHA ESTERILIZACIÓN: 12-10-2023 FECHA VENCIMIENTO: 12-04-2024 RESPOSABLE: CLAUDIA PREVIO LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS, USO DE BARRERAS DE PROTECCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCION POR PARTE DEL ODONTOLOGO Y LA AUXILIAR, , BATA QX, GORRO QX, TAPABOCAS N95, TAPABOCAS CONVENCIONAL, MONOGAFAS, VISOR, Y GUANTES DE LATEX) SE EXPLICA A PACIENTE DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS PUEDEN GENERAR AEROSOLES QUE PERMITEN LA DISEMINACION DE LA ENFERMEDAD A PESAR DEL SEGUIMIENTO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO, DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTROS PACIENTES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, PACIENTE QUE NO HA PRESENTADO FIEBRE, MALESTAR ESTOMACAL, MUCHO CANSANCIO, PERDIDA DEL SENTIDO DEL GUSTO.				
0	EXAMEN ODONTOLOGICO	990203 EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	1	AURA MARIAHERRERA BEJARANO
.FECHA ATENCION: 19-10-23 HORA DE ATENCION 7:00 AM HORA DE SALIDA 7:20 AM CARGA 2 PAQUETE 2023101812				

<div>FECHA ESTERILIZACIÓN: 12-10-2023</div> <div>FECHA VENCIMIENTO: 12-04-2024</div> <div>RESPOSABLE: CLAUDIA</div> <div>PACIENTE ASISTE A CONSULTA PARA VALORACIÓN ,PACIENTE ASINTOMATICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA, AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVA PACIENTE CON PLACA BLANDA, CON EVIDENCIA DE CALCULOS SUPRAGINGIVALES, , PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SE REALIZA EDUCACIÓN EN SALUD ORAL, EXPLICANDO TÉCNICAS DE CEPILLADO BASS MODIFICADA Y REALIZARLA 3 VECES AL DIA, USO DE SEDA DENTAL 3 VECES AL DIA Y ENJUAGUGES BUCALES 2 VECES EN EL DIA. PACIENTE SALE SATISFECHO Y EN BUENAS CONDICIONES DE LA CONSULTA. SE DAN INDICACIONES Y SE RECUERDA LAVADO DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y USO DE TAPABOCAS.</div>				
0	EXAMEN ODONTOLOGICO	997310 PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA	1	AURA MARIAHERRERA BEJARANO
<div>FECHA ATENCION: 19-10-23</div> <div>HORA DE ATENCION 7:00 AM</div> <div>HORA DE SALIDA 7:20 AM</div> <div>CARGA 2 PAQUETE 2023101812</div> <div>FECHA ESTERILIZACIÓN: 12-10-2023</div> <div>FECHA VENCIMIENTO: 12-04-2024</div> <div>RESPOSABLE: CLAUDIA</div> <div>PREVIO LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS, USO DE BARRERAS DE PROTECCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCION POR PARTE DEL ODONTOLOGO Y LA AUXILIAR, , BATA QX, GORRO QX, TAPABOCAS N95, TAPABOCAS CONVENCIONAL, MONOGAFAS, VISOR, Y GUANTES DE LATEX) SE EXPLICA A PACIENTE DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS PUEDEN GENERAR AEROSOLES QUE PERMITEN LA DISEMINACION DE LA ENFERMEDAD A PESAR DEL SEGUIMIENTO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO, DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTROS PACIENTES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, PACIENTE QUE NO HA PRESENTADO FIEBRE, MALESTAR ESTOMACAL, MUCHO CANSANCIO, PERDIDA DEL SENTIDO DEL GUSTO.</div> <div>PACIENTE ASISTE A CONSULTA ASINTOMÁTICO, AL EXAMEN CLINICO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE PLACA BACTERIANA, SE REALIZA PROFILAXIS CON PASTA PROFILÁCTICA Y CEPILLO PROFILACTICO, PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE Y ACTTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ,SE DAN INDICACIONES, PACIENTE ENTIENDE, ACEPTA LO REALIZADO, LO EXPLICADO, SALE SATISFECHO Y EN BUENAS CONDICIONES DE LA CONSULTA. SE DAN INDICACIONES Y SE RECUERDA LAVADO DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y USO DE TAPABOCAS.</div> <div>AURA HERRERA</div> <div>REG: 1013661661</div>				
0	EXAMEN ODONTOLOGICO	997301 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	1	AURA MARIAHERRERA BEJARANO
<div>FECHA ATENCION: 19-10-23</div> <div>HORA DE ATENCION 7:00 AM</div> <div>HORA DE SALIDA 7:20 AM</div> <div>CARGA 2 PAQUETE 2023101812</div> <div>FECHA ESTERILIZACIÓN: 12-10-2023</div> <div>FECHA VENCIMIENTO: 12-04-2024</div> <div>RESPOSABLE: CLAUDIA</div> <div>PREVIO LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS, USO DE BARRERAS DE PROTECCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCION POR PARTE DEL ODONTOLOGO Y LA AUXILIAR, , BATA QX, GORRO QX, TAPABOCAS N95, TAPABOCAS CONVENCIONAL, MONOGAFAS, VISOR, Y GUANTES DE LATEX) SE EXPLICA A PACIENTE DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS PUEDEN GENERAR AEROSOLES QUE PERMITEN LA DISEMINACION DE LA ENFERMEDAD A PESAR DEL SEGUIMIENTO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO, DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTROS PACIENTES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, PACIENTE QUE NO HA PRESENTADO FIEBRE, MALESTAR ESTOMACAL, MUCHO CANSANCIO, PERDIDA DEL SENTIDO DEL GUSTO.</div> <div>PACIENTE ASISTE A CONSULTA ASINTOMÁTICO, AL EXAMEN CLINICO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE CALCULO, SE REALIZA DETARTRAJE EN EL PRIMER CUADRANTES CON CAVITRON RETIRANDO CALCULOS SUPRAGINGIVALES, PACIENTE PENDIENTE PARA CONTINUAR DETARTRAJE , PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SE DAN INDICACIONES, SE LE EXPLICA QUE VA A PRESENTAR SANGRADO EN LA ZONA Y SENSIBILIDAD POST TRATAMIENTO, PACIENTE ENTIENDE, ACEPTA LO REALIZADO, LO EXPLICADO, SALE SATISFECHO Y EN BUENAS CONDICIONES DE LA CONSULTA. SE DAN INDICACIONES Y SE RECUERDA LAVADO DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y USO DE TAPABOCAS.</div> <div>AURA HERRERA</div> <div>REG: 1013661661</div>				