



Evolucion Especialistas

51849125



51849125

LA
162

Fecha de evolución: 20/02/2014 11:59:23

Ing: 3

5

Habitación: 311

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim. 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: CONVENIO

Folio: 5 Fecha evolucion: 20-FEB-2014

Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

Observaciones a los Diagnosticos de los Usuarios LUCOFACTURA TOBILLO

SUBJETIVO

CUADO CONTROL DE DOLOR

OBJETIVO

HERIDAS CUBIERTAS SIN SIGNOS DE SANGRADO O INFECCION, NEUROVASCULAR DISTLA NORMAL

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

CONTINUAR MANEJO INSTAURADO, PENDIENTE CULTIVOS, NUEVO LAVADO EN 48 HORAS
INTERCONSULTAS

Dr. Rubén A. Rodríguez
Ortopedia y Traumatología
Universidad del Rosario
CC. 80.097.283

Firma y sello del profesional: DR RUBÉN RODRIGUEZ
Identificación: 80097283
Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 20/02/2014 17:01:03

Ing: 3

7

Habitación:

311

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A

Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: CONVENIO

Folio: 7 Fecha evolucion: 20-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO
Tipo: 3 Confirmado repetido
2. S825 FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO
3. S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE
4. Z479 CUIDADO POSTERIOR A LA ORTOPEDIA, NO ESPECIFICADO

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIR MUCHA ANSIEDAD, NIEGA DOLOR EN PIERNA, NIEGA DISESTESIAS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA EPISODIOS EMÉTICOS. TOLERA VÍA ORAL.

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 138 TA Diastólica= 80 FC= 100 FR= 19 Temperatura= 36.5

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Oído: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: PIERNA DERECHA INMOVILIZADA EN FÉRULA POSTERIOR, ADECUADA MOVILIDAD DE ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

Neurológico: Normal clínicamente

Reflejos: Normal clínicamente

Posición: EN CAMA



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON EVOLUCIÓN ESTACIONARIA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR SIN DÉFICIT NEUROVASCULAR. PACIENTE MUY ANSIOSA, YA EN MANEJO CON AMITRIPTILINA. POR PERSISTENCIA DE ANSIEDAD SE SUSPENDE LA MISMA Y SE INICIA ALPRAZOLAM 0.25MG VO NOCHE. POR EL MOMENTO RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL. PENDIENTE NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO EN 48 HORAS, PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO TOMADO EN SALAS DE CIRUGÍA.

NOTAS ACLARATORIAS

Firma y sello del profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS-SOTELO

Identificación: 1032406591



Handwritten notes and stamps: Feb-20-14, RUP, and other illegible markings.



Evolucion Especialistas

51849125



51849125

123
164

Fecha de evolución: 21/02/2014 12:15:50

Ing: 3

8

Habitación:

311

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim.

17/11/1966

Edad: 47 A

Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion:

EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono:

3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado:

Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: CONVENIO

Folio: 8 Fecha evolucion: 21-FEB-2014

Especialidad: ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

Observaciones a los Diagnosticos de los Usuarios LUXOFRACTURA DE TOBILLO CONTAMINADA

SUBJETIVO

CUANDO CONTROL DE DOLOR

OBJETIVO

HERIDAS SIN SIGNOS DE INFECCION, NEUROVASCULAR DISTAL NORMAL

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

NUEVO LAVADO QUIRURGICO MAÑANA

INTERCONSULTAS

Dr. Rubén A. Rodríguez
Ortopedia y Traumatología
Universidad del Rosario
C.C. E.P. 097/283

Firma y sello del profesional: DR RUBÉN RODRIGUEZ

Identificación:

80097283

Especialidad:

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA





Evolucion Medica

51849125



51849125

165

Fecha de evolución: 21/02/2014 15:41:11

Ing: 3 9 Habitación: 311

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTÁ D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: CONVENIO

Folio: 9 Fecha evolucion: 21-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MUCHO MEJOR, REFIERE MEJORÍA DE ANSIEDAD, NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA EPISODIOS EMÉTICOS, TOLERA VÍA ORAL.

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 120 TA Diastólica= 80 FC= 72 FR= 20 Temperatura= 36.4

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Tórax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO EN FÉRULA POSTERIOR, NO SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO, ADECUADA MOVILIDAD DE ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. PIE IZQUIERDO CON HERIDA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ADECUADA MOVILIDAD DE (CONTINUA EN MARCHA)

Neurológico: Normal clínicamente

Piel y faneras: Normal clínicamente

Marcha: CONTINUACIÓN DE OSTEOMUSCULAR: GRUESO ARTEJO, LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD DE DEMÁS ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

PARACLÍNICOS: REPORTE PRELIMINAR DE CULTIVOS TOMADOS EN SALAS DE CIRUGÍA DE MALEOLO MEDIAL TIBIAL Y MALEOLO PERONERO: POSITIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACIÓN CON ABUNDANTE CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEGATIVOS.

PACIENTE CON EVOLUCIÓN HACIA LA MEJORÍA, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR SIN DÉFICIT NEUROVASCULAR DE PIERNA DERECHA, CON LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD DE ARTEJOS IZQUIERDOS, CON MEJORÍA DE CUADRO DE ANSIEDAD. VALORADA POR ORTOPEDIA, DR. RUBÉN RODRÍGUEZ QUIEN ORDENA NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO MAÑANA A LAS 17+00HORAS POR LO QUE SE SUSPENDE VÍA ORAL A PARTIR DE LAS 22+00HORAS Y HEPARINA TRAS ÚLTIMA DOSIS DE HOY, LA ÚLTIMA REINICIAR 12 HORAS POP. POR EL MOMENTO RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL,

NOTAS ACLARATORIAS

Firma y sello del profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELO

Identificación: 1032406591



Camila Andrea Arias Sotelo
Enfermera General
C.C. 1032406591

Jessica Velez
Enfermera General
Unidad de Cultivos
C.C. 522595



Evolucion Medica

51849125



51849125

128
106

Fecha de evolución: 22/02/2014 10:54:45

Ing: 3 10 Habitación: 311

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: CONVENIO

Folio: 10 Fecha evolucion: 22-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, NIEGA DOLOR EN EL MOMENTO, NIEGA ANSIEDAD, NIEGA DISESTESIAS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA EPISODIOS EMÉTICOS.

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 120 TA Diastólica= 80 FC= 73 FR= 16 Temperatura= 36.6

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: PIERNA DERECHA INMOVILIZADA EN FÉRULA POSTERIOR. ADECUADA MOVILIDAD DE ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. HERIDA QUIRÚRGICA DE PIE IZQUIERDO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL. LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD DE ARTEJOS

Neurológico: Normal clínicamente

Piel y faneras: Normal clínicamente

Marcha: EN SILLA



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON EVOLUCIÓN HACIA LA MEJORA, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR, CON LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD DE ARTEJOS IZQUIERDOS, SIN ANSIEDAD. PACIENTE QUIEN HOY SERÁ PASADA A NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO, POR EL MOMENTO CONTINUA MANEJO MÉDICO INSTAURADO.

NOTAS ACLARATORIAS

Firma y sello del profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELO

Identificación: 1032406591





Nota Aclaratoria

Page 1

No. Nota: 2

Usuario Id: 51849125

Ing. Id: 3

Fecha: 22/02/2014 13:23:03

Numero: 3

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: 0

Nota aclaratoria:

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO EN SALAS DE CIRUGIA, SE RECIBE REPORTE DE CULTIVOS DE TIBIA Y PERONÉ POSITIVOS PARA ENTEROBACTER CLOACAE RESISTENTE A CEFOXITIMA Y SENSIBLE A CARBAPENEMICOS. SE COMENTA VERBALMENTE CON DRA. DIANA GARZÓN, MEDICINA INTERNA, QUIEN ORDENA SUSPENDER CEFAZOLINA E INICIAR MEROPENEM 500MG IV CADA 8 HORAS. SE SOLICITA ADEMÁS INTERCONSULTA CON INFECTOLOGÍA PARA ESTABLECER TIEMPO DE TRATAMIENTO. RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL POR EL MOMENTO

DRA CAMILA ANDREA AR

Firma y sello del profesional

Recibido
Dra. Camila Andrea Ar
CC 51849125
Feb-22-14
Jup





Evolucion Medica

51849125



51849125

127
168

Fecha de evolución: 22/02/2014 16:42:44

Ing: 3 11 Habitación: 311

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim.

17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion:

EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono:

3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo. Afiliado:

Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: CONVENIO

Folio: 11 Fecha evolucion: 22-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MUY TRISTE, LLANTO FRECUENTE, IDEAS DE MINUSVALIA Y DESEPERANZA, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO. SOLICITA APOYO PSICOLOGICO

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 115 TA Diastólica= 68 FC= 88 FR= 16 Temperatura= 36

EXAMEN FISICO

Cabeza: -

Organos de los sentidos: -

Cuello: -

Torax y pulmones: -

Cardiovascular: -

Abdomen: -

Genitourinario: -

Osteomuscular: PIERNA DERECHA INMOVILIZADA CON FERULA POSTERIOR, BUEN LLENADO CAPILAR

Neurológico: -

Piel y faneras: -

Marcha: -



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTA OPERATORIA

RE: FRACTURA ABIERTA BIMALEOLAR DE TOBILLO DERECHO

UX POP: IDEM

PROCEDIMIENTO: LAVADO + DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE TOBILLO DERECHO

CIRUJANO: DR RUBEN RODRIGUEZ

AYUDANTE: DRA PINILLA

ANESTESIOLOGO: DRA CARDONA

ANESTESIA: REGIONAL

INSTRUMENTADORA: SINDY MARIN

HALLAZGOS: NO SECRECION PURULENTA O MALOLIENTE

NO COMPLICACIONES

PACIENTE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZACION PARA MANEJO MEDICO, ANALGESICO, ANTIBIOTICO, NUEVO LAVADO QUIRURGICO EN 72 HORAS. PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO. DADO LOS SINTOMAS REFERIDOS POR LA PACIENTE SE CONSIDERA POSIBLE TRASTORNO DEPRESIVO Y REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA

PLAN:

DIETA NORMAL ✓

RINGER 80 CC/H ✓

RANITIDINA AMP 50 MG IV CADA 8 HORAS

METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG IV CADA 8 HORAS SI VOMITO

DIPIRONA AMP 2 GR IV CADA 8 HORAS

TRAMADOL AMP 50 MG IV CADA 8 HORAS

CEFAZOLINA AMP 1 GR IV CADA 6 HORAS

HEPARINA BAJO PESO AMP 40 MG SUBCUTANEA DIA, INICIAR 12 HORAS POSTERIOR A CIRUGIA

PRAZOLAM TAB 0,25 MG VO NOCHE

PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO

NUEVO LAVADO QUIRURGICO EN 72 HORAS CON POSIBILIDAD DE FIJACION DEL PERONE

SS VALORACION POR PSIQUIATRIA

CSV Y AC

Daisy J. Pinilla

22/02/2014 16:57:07

C.C. 67553292



Recibido
Dra. Pinilla
Feb-22-14
JAP

526	79633595	ASTAÑEDA DIAZ CESAR AUGUST	41 A	COMPENSAR-E.P	
527	120102	Evolucion Especialistas	52 A	COMPENSAR-E.P	



51849125

51849125

Fecha de evolución: 23/02/2014 07:44:57

Ing: 3 12 Habitación: 312

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim.

17/11/1966

Edad: 47 A

Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion:

EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono:

3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado:

Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: CONVENIO

Folio: 12 Fecha evolucion: 23-FEB-2014

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. S925 FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE

Observaciones a los Diagnosticos de los Usuarios FACTURA DE ARTEJOS CONSOLIDADA

SUBJETIVO

PACIENTE MUY ANSIOSA, CON SENSACION DE ENCIERRO, NO DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES

OBJETIVO

INMOVILIZADA CON FERULA POSTERIOR EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE SANGRADO O SECRECION, NEUROVASCULAR DISTAL NORMAL

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

TERAPIA FISICA PARA PIE IZQUIERDO, PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA O PSICOLOGIA, NUEVO LAVADO CON POSIBLE FIJACION DEFINITIVA EN 48 HORAS

INTERCONSULTAS

Dr. Rubén R. Rodríguez C.
Ortopedia y Traumatología
Matrícula del C.O.P. 80097283

Firma y sello del profesional: DR RUBEN RODRIGUEZ

Identificacion: 80097283

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA





Evolucion Especialistas

51849125



51849125

177
190

Fecha de evolución: 23/02/2014 10:39:33

Ing: 3 13 Habitación: 312

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim. 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: CONVENIO

Folio: 13 Fecha evolucion: 23-FEB-2014

Especialidad: INFECTOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO

Tipo: 3 Confirmado repetido

Observaciones a los Diagnosticos de los Usuarios LUXO FRACTURA ARTICULACION DE TOBILLO
POP RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COLOCADO EXTRA INSTITUCIONALMENTE
EOMIELITIIS CRONICA YA SE RETIRO MATERIAL Y SE DOCUEMNTO EL GERMENE

SUBJETIVO

OBJETIVO

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDNETE DE TRANSITO PREVIAMENTE OPERADA EN GIRARDOT DONDE COLOCARON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS
INGRESA A ESTE CENTRO EL 19 DE FEBRERO Y ES LLEVADA CIRUGIA DONDE ENCUENTRAN MATERIL DE TIELLA Y PIEDRAS EN PERONE Y ALEOLO TIBIAL SE RECUPERA DE ESTE SITIO ENTEROBACTER CLOACAE CON AMPc REPRIMIDA SENSIBLE A QUINOLONAS Y TMS

PLAN
COMPLETAR 14 DIAS DE CARBAPENEMICO PREFIERO CAMBIAR A ERTAPENEM POR NO PRESION MICROBIOLOGICA A GERMENES NO FERMENTADORES
LUEGO CIPROFLOXACINO 500 MG VO CADA 12 HORAS MAS TMS 160/800 VO CADA 12 HORAS POR 4 SEMANAS MAS
INTERCONSULTAS

Alvaro Javier Narváez M.
Médico Internista
Infectólogo
U. Nal. - R.M. 79792293



Firma y sello del profesional: DR ALVARO JAVIER NARVAEZ MEJIA

Identificación: 79792293

Especialidad: INFECTOLOGIA





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 23/02/2014 14:00:59

Ing: 3 14 Habitación: 312

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim. 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: CONVENIO

Folio: 14 Fecha evolucion: 23-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. F419 CRISIS DE ANSIEDAD

3. M866 OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS

Clasificación del Diagnóstico OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, REFIERE CRISIS DE ANSIEDAD EN LA NOCHE, REFIERE SENTIRSE TRISTE POR INCAPACIDAD, ANHEDONIA, REFIERE SENTIRSE SOLA Y NO SENTIR APOYO DE LA FAMILIA, NIEGA DOLOR, NIEGA DISESTESIAS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA EPISODIOS EMÉTICOS. REFIERE SIETE MIEDO EN LA HABITACIÓN Y SE SIETE MÁS ANSIOSA YA QUE ES MUY OSCURA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 122 TA Diastólica= 82 FC= 90 FR= 21 Temperatura= 36.3

EXAMEN FISICO

Peso: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: PIERNA DERECHA INMOVILIZADA EN FÉRULA POSTERIOR, ADECUADA MOVILIDAD DE ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS. ARTEJOS IZQUIERDOS CON LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.

Neurológico: Normal clínicamente

Reflejos: Normal clínicamente

Marcha: EN SILLA

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE DE 47 AÑOS CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR. VALORADA HOY POR INFECTOLOGÍA, DR. NARVAEZ, QUIEN CONSIDERA DEBE SUSPENDERSE MEROPENEM E INICIARSE ERTAPENEM 1G IV CADA DÍA POR 14 DÍAS YA QUE NO HAY PRESIÓN MICROBIOLÓGICA A GÉRMESES NO FERMENTADORES DEL PRIMERO. ADEMÁS, LUEGO DEBE COMPLETAR 4 SEMANAS ADICIONALES DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA 500MG VO CADA 12 HORAS Y TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 160/800MG VO CADA 12 HORAS. VALORADA DEMÁS POR DR. RUBÉN RODRÍGUEZ, ORTOPEDIA, QUIEN ORDENA NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO + POSIBLE FIJACIÓN DEFINITIVA EN 48 HORAS. PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD, CON TRASTORNO DEPRESIVO, SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA, SE AJUSTA ALPRAZOLAM DOSIS DE 0.5MG VO CADA 12 HORAS. SE HACE TERAPIA DE APOYO EMOCIONAL. SE INICIA TERAPIA FÍSICA 3 VECES DÍA. SE ORDENA CAMBIO A HABITACIÓN CON VENTANA Y ACOMPAÑANTE PERMANENTE. PACIENTE QUIEN TIENE ORDENADO AISLAMIENTO DE CONTACTO PERO POR TRASTORNO DE ANSIEDAD NO PERMITE CERRAR LA PUERTA. SE HABLA CON HIJA, SE EXPLICA PATOLOGÍA, CONDUCTA, SE ENFATIZA EN NECESIDAD DE APOYO FAMILIAR, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL POR EL MOMENTO.

NOTAS ACLARATORIAS

Firma y sello del profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELO

23/02/2014 14:16:23



Nota Aclaratoria

Page 11

No. Nota: 3

Usuario Id: 51849125

Ing. Id: 3

Fecha: 23/02/2014 20:44:47

Numero: 3

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: M866 OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS

Nota aclaratoria:

Nota medica

Paciente de 47 años con Dx

1. osteomielitis cronica miembro inferior derecho

adecuado control de dolor, no fiebre. tolerando la via oral.

o/ buen estado general alerta hidratada conciente afebril

ta 132/92 fc 100 fr 20 t 36.5

mucosa oral humeda cuello normal rscs ritmicos no soplos rsrs no agregados

abdomen rsis + blando depresible no dolor ext ferula de yeso en miembro inferior derecho, adecuada perfusion distal neuro sin deficit motor

paciente de 47 años con osteomielitis cronica en miembro inferior derecho, colonizado por enterobacter cloacae amp c positivo en cubrimiento antibiotico con carbapenemicos, no deterioro infeccioso, signos vitales estables, paciente ademas presenta claustrofobia, sin embargo paciente requiere asilamiento de contacto, se explica a la paciente y a su hija la necesidad de dicho aislamiento, entienden y aceptan, continua manejo medico.

DRA MARTHA LILIANA D

Firma y sello del profesional





Evolucion Especialistas

51849125



51849125

Fecha de evolución: 24/02/2014 13:26:20

Ing: 3

15

Habitación:

303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 4739922

Folio: 15 Fecha evolucion: 24-FEB-2014

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. A499 INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. S825 FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO

25 FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO

ervaciones a los Diagnosticos de los Usuarios UXOFRACTURA ABIERTA DE TOBILLO CON INFECCION POR ENTEROBACTER CLOACAE

SUBJETIVO

ASINTOMATICA

EN EPISODIO DE ANSIEDAD

OBJETIVO

PIERNA CUBIERTA

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

DEFBIDO AL GERMEN ENCONTRADO Y A QUE ESTA EN SU PRIMER DIA DE ERTAPENEM SE ESPERARAN 72 HORAS DESPUES DEL LAVADO Y DIA CON ERTAPENEM PARA PASARLA A UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE FIJACION DEFINITIVA DEL TOBILLO INTERCONSULTAS

Firma y sello del profesional: DRA CONSTANZA ALVARADO P

Identificacion: 45525868

cialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Constanza Alvarado MD,
Ortopedia y Traumatología
U del Rosario, U Cartagena
R.M. 11-8491/07



Recibido por el Dr. R.
Unidad de Emergencia y Trauma
Feb-24-14
778





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 24/02/2014 17:16:44

Ing: 3 16 Habitación: 303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim.

17/11/1966

Edad: 47 A

Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion:

EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono:

3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo. Afiliado:

Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 4739922

Folio: 16 Fecha evolucion: 24-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S825 FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO

Tipo: 3 Confirmado repetido

Especificacion del Diagnostico OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE

LUXOFRATURA ABIERTA DE TOBILLO

TRASTORNO DE ANSIEDAD

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, REFIERE DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD, NIEGA DOLOR, NIEGA DISESTESIAS, TOLERA VIA ORAL, YA INICIÓ TERAPIA FÍSICA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 130 TA Diastólica= 88 FC= 95 FR= 20 Temperatura= 36.5

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: PIERNA DERECHA INMOVILIZADA EN FÉRULA POSTERIOR, ADECUADA MOVILIDAD DE ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, NO FRIALDAD. ARTEJOS IZQUIERDOS CON LIMITACIÓN PARA LA MOVILIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

Neurológico: Normal clínicamente

Reflejos: Normal clínicamente

Posición: EN SILLA

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON EVOLUCIÓN HACIA LA MEJORA, EN EL MOMENTO CON MEJORA DE ANSIEDAD, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN DÉFICIT NEUROVASCULAR. VALORADA EN LA MAÑANA POR ORTOPEDIA, DRA. ALVARADO, QUIEN CONSIDERA PASAR A LAVADO EL MIÉRCOLES Y PARA POSIBLE FIJACIÓN DE FRACTURA YA QUE AYER SE HIZO ROTACIÓN DE ANTIBIÓTICO. POR EL MOMENTO CONTINÚA MANEJO MÉDICO INSTAURADO. PENDIENTE CITA CON PSIQUIATRÍA. HOY DÍA 1 DE PERTAPENEM.

NOTAS ACLARATORIAS

Firma y sello del profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELO

Identificación: 1032406591

Clinica Parténion S.A.S.
Medicina General
R.M. 0000551012

Recibido
Unidad de Cuidados
Feb-24-14
TYP



Evolucion Especialistas

51849125



51849125

Fecha de evolución: 25/02/2014 8:06:37

Ing: 3

17

Habitación:

303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha naci.: 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 4739922

Folio: 17 Fecha evolucion: 25-FEB-2014

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

SUBJETIVO

1 DE CUADO CONTROL DE DOLOR

OBJETIVO

INMOVILIZADA EN ADECUADA POSICION, NEUROVASCULAR DISTAL NORMAL

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PLAN/ SE PROGRAMA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DEFINITIVA MAÑANA

INTERCONSULTAS

Firma y sello del profesional: DR RUBEN RODRIGUEZ

Identificacion: 80097283

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Handwritten signature and stamp:
Universidad de Cartagena
Enfermería Esp.
RUBEN RODRIGUEZ
25-2-2014





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 25/02/2014 11:30:11

Ing: 3 18 Habitación: 303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim: 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 4739922

Folio: 18 Fecha evolucion: 25-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. T814 INFECCION CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

3. F419 CRISIS DE ANSIEDAD

SUBJETIVO

ENTE CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, TOLERA LA VIA ORAL, NIEGA FIEBRE, DIURESIS POSITIVA MEJORIA DE ANSIEDAD CON MEDICAMENTOS

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 140 TA Diastólica= 90 FC= 68 FR= 18 Temperatura= 36

EXAMEN FISICO

Cabeza: MUCOSA ORAL HUMEDA

Ojos: Sin alteraciones de los sentidos: SIN ALTERACIONES

Oído: MOVIL

Torax y pulmones: SIN AGREGADOS

Cardiovascular: RITMICOS SIN SOPLOS

Abdomen: BLANDO, NO DOLOR A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONEAL

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: NO EDEMAS, MID INMOVILIZADO CON FERULA POSTERIOR SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL

Neurológico: SIN DEFICIT

Piel y faneras: NORMAL

Mucosa: NORMAL



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS, TOLERA LA VIA ORAL, MEJORIA DE ANSIEDAD CON MEDICAMENTO, DIURESIS POSITIVA, DEPOSICION NEGATIVA, MID INMOVILIZADO CON FERULA POSTERIOR, SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

PACIENTE EN MANEJO POR ORTOPEDIA QUIEN REALIZARA MAÑANA REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE TIBIA DERECHA

SS/ CH, TIEMPOS DE COAGULACION 06+00

SUSPENDER VIA ORAL 20+00

SUSPENDER HBPM 20+00

ATENTOS A EVOLUCION

NOTAS ACLARATORIAS

Dra. Tatiana González Clavijo
Medica
Hospital San José
C.C. 53.073.824 Btd.

02-25-14
Clavijo Tatiana
Universitaria
Ente: Hospital San José
RUN 25317

Firma y sello del profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

Identificación: 53073824





Nota Aclaratoria

Page 1

No. Nota: 4

Usuario Id: 51849125

Ing. Id: 3

Fecha: 25/02/2014 19:57:19

Numero: 3

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: F419 CRISIS DE ANSIEDAD

Nota aclaratoria:

SE RECIBE LLAMADO DE PERSONAL DE REFERENCIA REFIEREN CITAB DE VALORACION POR PARTE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA PROXIMO 3 DE MARZO EN CLINICA LA PAZ. 13+30

DRA CAMILA ANDREA AR

Firma y sello del profesional

Camila Andrea Ariza Saldaña
Médico y Cirujano General
R.M. 08-05610712

02/25/14
Miembros de la Universidad
Esp. en Psicología
RUM 26512





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 26/02/2014 08:50:17

Ing: 3

19

Habitación:

303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. Identidad: 51849125

Fecha naci.: 17/11/1966

Edad: 47 A

Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 4739922

Folio: 19 Fecha evolucion: 26-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. T814 INFECCION CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

SUBJETIVO

PACIENTE CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, TOLERA LA VIA ORAL, NIEGA FIEBRE, DIURESIS POSITIVA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 108 TA Diastólica= 73 FC= 95 FR= 18 Temperatura= 36

EXAMEN FISICO

Cabeza: MUCOSA ORAL HUMEDA

Organos de los sentidos: SIN ALTERACIONE

Cuello: MOVIL

Torax y pulmones: SIN AGREGADOSA

Cardiovascular: RITMICOS SIN SOPLOS

Abdomen: BLANDO, NO DOLOR A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONEAL

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: MID: INMOVILIZADO CON FERULA POSTERIOR SIN DEFICIT

Neurológico: NEUROVASCULAR DISTAL

Piel y faneras: NORMAL

Marcha: NORMAL



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ACLINICOS: HEMOGRAMA: 9910, N: 63.60%, HB: 9.00, HTO: 28.8%, PLAQ: 640000, PT: 13.90, INR: 1.01, PTT: 24.4

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS, NIEGA FIEBRE, NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, MIEMBRO INFERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FRULA POSTERIOR, SIN DEFICIT NEUROVASCULARS DISTAL. PACIENTE QUIEN ES TRASLADADA A SALAS DE CIRUGIA PARA REALIZAICON DE REDUCCION ABIERTA + OSTEOSISTESIS DE TIBIA DERECHA ATENTOS A EVOLUCION

NOTAS ACLARATORIAS

Dra. Tatiana González Clavijo
Médico
F.U.C.S. - Hospital San José

Firma y sello del profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

Identificación: 53073824





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 26/02/2014 13:01:42

Ing: 3 20 Habitación: 303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha naci.: 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupación: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C.
Tipo Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: 4739922

Folio: 20 Fecha evolucion: 26-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

SUBJETIVO

NOTA OPERATORIA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 115 TA Diastólica= 73 FC= 69 FR= 16 Temperatura= 36

EXAMEN FISICO

Cabeza: -
Organos de los sentidos: -
Cuello: -
Torax y pulmones: -
Cardiovascular: -
Tórax: -
Genitourinario: -
Osteomuscular: -
Neurológico: -
Piel y faneras: -
Marcha: -



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

NOTA OPERATORIA

RE: FRACTURA ABIERTA BIMALEOLAR DE TOBILLO DERECHO
OP: IDEM

PROCEDIMIENTO: REDUCCION ABIERTA + FIJACION INTERNA DE TIBIA Y PERONE DISTAL + LAVADO Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE TIBIA Y PERONE + APOORTE DE INJERTO EN PERONE

CIRUJANO: DR RUBEN RODRIGUEZ

AYUDANTE: DR DIAZ

ANESTESIOLOGO: DR PEREZ

ANESTESIA: REGIONAL

INSTRUMENTADORA: ALEXANDRA SALINAS

NO COMPLICACIONES

SE TRASLADA PACIENTE A RECUPERACION. DEBE CONTINUAR HOSPITALIZACION PARA MANEJO MEDICO, ANTIBIOTICO Y VIGILANCIA DE SIGNOS DE ALARMA.

PLAN:

CONTINUAR ORDENES MEDICAS DE PISO

SE ADICIONA ANALGESIA POP

NOTAS ACLARATORIAS

Daisy J. Pinilla
MEDICINA

ya y sello del profesional: DRA DAISY JOHANNA PINILLA

Identificación: 63553252





Evolucion Especialistas



51849125

51849125

Fecha de evolución: 27/02/2014 08:40:41

Ing: 3 21 Habitación: 303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim. 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: 4739922

Folio: 21 Fecha evolucion: 27-FEB-2014

Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Tipo: 3 Confirmado repetido

SUBJETIVO

IENTE N POP DE OSTEOSINTESIS DE PERONE, CON HERIDA CONTAMINADA CON ENTEROBACTER CLOACAE, CON ADECUADA EVOLUCION, ASINTOMATICA SIN DOLOR O FIEBRE

OBJETIVO

HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN RESPUESTA INFLAMATORIA, NEUROVASCULAR DORSAL NORMAL, HERIDA CUBIERTA SIN SANGRADO O SECRECION

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ADECUADA EVOLUCION, EN EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR EL SERVICIO DE ORTOPEdia, LA HERIDA SE ENCUENTRA LIMPIA, Y LA FRACTURA YA SE FIJO, POR LO QUE SE PUEDE INICIAR TRAMITE DE PHD PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO ANTIBIOTICO EN CASA

INTERCONSULTAS

Firma y sello del profesional: DR JOSE SANCHEZ

Identificación: 13275702

Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 27/02/2014 12:37:33

Ing: 3 22 Habitación: 303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim.: 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: 4739922

Folio: 22 Fecha evolucion: 27-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
Tipo: 3 Confirmado repetido
2. T814 INFECCION CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
3. Z479 CUIDADO POSTERIOR A LA ORTOPEDIA, NO ESPECIFICADO

SUBJETIVO

IENTE CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, TOLERA LA VIA ORAL, NIEGA FIEBRE, DIURESIS POSITIVA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 120 TA Diastólica= 74 FC= 68 FR= 18 Temperatura= 36 °

EXAMEN FISICO

Cabeza: MUCOSA ORAL HUMEDA

Organos de los sentidos: SIN ALTERACIONES

Cuello: MOVIL

Trax y pulmones: SIN AGREGADOS

Cardiovascular: RITMICOS SIN SOPLOS

Abdomen: BLANDO, LEVE DOLOR A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONAL

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: MID; INMOVILIZAD CON VEDAJE BULTOSO, SIN SIGNOS SE SANGRADO ACTIVO, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

Neurológico: SIN DEFICIT

Piel y faneras: NORMAL

Marcha: NORMAL



ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

IENTE CON DX: POP DIA 1 DE REDUCCION ABIERTA + FJACION INTERNA DE TIBIA DERECHA CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS, TOLERA LA VIA ORAL, NIEGA FIEBRE DIURESIS POSITIVA, MID INMOVILIZADO CON VEDAJE BULTOSO CON ESTIGMAS DE SAGRADO, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL., PACIENTE EN MANEJO POR ORTOPEDIA QUEN INDIUCA INICIAR TRAMIOE DE PHD PARA COMPLETAR ANTIBIOTICOTERAPIA EN CASA
SS/ TRAMITE DE PHD
ATENTOS A EVOLUCION

NOTAS ACLARATORIAS

Dra. Tatiana Gonzalez Clavijo
Médico
F.U.C.S - Hospital San José
C.C. 53.073.824 Bto.

Firma y sello del profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO
Identificación: 53073824





Evolucion Medica

51849125



51849125

Fecha de evolución: 27/02/2014 17:37:01

Ing: 3 23 Habitación: 303

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim. 17/11/1966 Edad: 47 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3373886 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: 4739922

Folio: 23 Fecha evolucion: 27-FEB-2014

DIAGNOSTICOS

1. S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. F419 CRISIS DE ANSIEDAD

3. M866 OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS

Especificacion del Diagnostico OSTEOMIELITIS POR ENTEROBACTER CLOACACE

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR, NIEGA DISESTESIAS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA EPISODIOS EMÉTICOS, REFIERE DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD.

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 121 TA Diastólica= 67 FC= 100 FR= 20 Temperatura= 36.5

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EXPLORA

Osteomuscular: PIERNA DERECHA INMOVILIZADA CON VEDAJE BULTOSO, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, ADECUADA MOVILIDAD DE ARTEJOS. PIE IZQUIERDO CON LIMITACIÓN PARA MOVILIZACIÓN DE ARTEJOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

Neurológico: Normal clínicamente

Piel y faneras: Normal clínicamente

Marcha: EN CAMA

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON EVOLUCIÓN HACIA LA MEJORÍA, AYER SE REALIZÓ FIJACIÓN DEFINITIVA DE FRACTURA, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN DÉFICIT NEUROVASCULAR, CON ADECUADO CONTROL ANALGÉSICO, CON DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD. HOY VALORADA POR COMPENSAR QUIENES AUTORIZAN PHD CON TRASLADO A DOMICILIO EN CARRO ESPECIAL PARA COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIÓTICO CON ERTAPENEM 1G VI CADA DÍA HOY 4/14, TERAPIA FÍSICA Y CURACIONES BÁSICAS. SE DA SALIDA CON PHD, SE DA FÓRMULA CON CIPROFLOXACINA 500MG VO CADA 12 HORAS Y TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 160/800MG VO CADA 12 HORAS LOS CUALES DEBE INICIAR AL TERMINAR ERTAPENEM DURANTE 4 SEMANAS SEGÚN ÓRDENES DE INFECTOLOGÍA, ADEMÁS ANALGESIA, ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA, ALPRAZOLAM 0.5MG VO CADA 12 HORAS, PROTECCIÓN GÁSTRICA, CITA CON PSIQUIATRÍA LA CUAL YA ESTÁ AGENDADA PARA EL 03/03/014 A LAS 13+30HORAS EN CLÍNICA LA PAZ, CITA CON ORTOPEDIA EN 10 DÍAS, CON INFECTOLOGÍA EN 2 MESES. INCAPACIDAD DESDE EGRESO POR 15 DÍAS. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SE EXPLICAN AMPLIAMENTE SIGNOS DE ALRMA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

NOTAS ACLARATORIAS

Firma y sello del profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELO

Identificación: 1032406591



CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Nombre:

CRUZ DIAZ CLARA STELLA

EPS, empresa:

COMPENSAR E.P.S

Dx. ppal:

Dx. Rel 1: S824

Usuario Id: 51849125

Ingreso: 3

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2756440

No: 0

Habitación: 303

Fecha: 27/02/2014

Fecha 1a entrega: 27/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: 4739922

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
R007701	RINGER LACTATO (HARTMANN) 500 ML SOLUCION INYECTAB 80 CC Cada hora via Intravenosa DIETA NORMAL		
FPE00571	ERTAPENEM 1 G SOLUCION INYECTABLE**NO POS** 1 GR Diaria via Intravenosa		
O002101	OMEPRAZOL 20 MG. CAPSULA 20 MG Diaria via Oral		
H003702	HEPARINA BAJO PESO MOL 40 MG SOL INY AMPOLLA 40 MG Diaria via Subcutanea		
A01412	ALPRAZOLAM 0.50 MG TABLETA 0,25 MG Cada doce horas via Oral		
B010021	BISACODILO 5 MG GRAGEA 5 MG Una en la Noche via Oral TERAPIA FISICA 2DIA		

Firma y sello del Profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

27/02/2014 09:07:50

Dra. Tatiana Gonzalez Clavijo
Medico
FUE S - Hospital San José
ECC 33073 824 Bto.



CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Nombre:

EPS, empresa:

Dx.ppal:

Dx. Rel 1: S824

Usuario Id: 51849125

CRUZ DIAZ CLARA STELLA

COMPENSAR E.P.S

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Ingreso: 3

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2755261

No: 0

Habitación: 303

Fecha: 26/02/2014

Fecha 1a entrega: 26/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: 4739922

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
R007701	RINGER LACTATO (HARTMANN) 500 ML SOLUCION INYECTAB 80 cc Cada hora via Intravenosa		
FPE00571	ERTAPENEM 1 G SOLUCION INYECTABLE**NO POS** 1 g Diaria via Intravenosa DIA 3		
O002101	OMEPRAZOL 20 MG. CAPSULA 20 mg Diaria via Oral		
H003702	HEPARINA BAJO PESO MOL 40 MG SOL INY AMPOLLA 40 mg Diaria via Subcutanea SUSPENDER POR EL PROCEDIMIENTO		
A01412	ALPRAZOLAM 0.50 MG TABLETA 0,5 mg Una en la Noche via Oral		
B010021	BISACODILO 5 MG GRAGEA 5 mg Una en la Noche via Oral		

Firma y sello del Profesional: DR JOSE CANTOR

Dr. José Joaquín Cantor B
Medico Cirujano
CANTOR
Universidad Nacional
CC 79.230.197

J. Fricka 2/10/17

10/3

26/02/2014 05:55:08





CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2754372

No: 0

Fecha: 25/02/2014

Habitación: 303

Fecha 1a entrega: 25/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: 4739922

Nombre:

CRUZ DIAZ CLARA STELLA

EPS, empresa:

COMPENSAR E.P.S

Dx. ppal:

Dx. Rel 1: S824

Ingreso: 3

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
R007701	RINGER LACTATO (HARTMANN) 500 ML SOLUCION INYECTAB 80 CC Cada hora via Intravenosa DIETA HIPOGLUCIDA FRACCIONADA		
T020701	TRAMADOL 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE SUSPENDER		
M016701	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE SUSPENDER		
FPE00571	ERTAPENEM 1 G SOLUCION INYECTABLE**NO POS** 1 GR Diaria via Intravenosa DIA 2		
O002101	OMEPRAZOL 20 MG. CAPSULA 20 MG Diaria via Oral		
H003702	HEPARINA BAJO PESO MOL 40 MG SOL INY AMPOLLA 40 MG Diaria via Subcutanea		
A01412	ALPRAZOLAM 0.50 MG TABLETA 0,5 MG Cada doce horas via Oral TERAPIA FISICA 2 DIA		
B010021	BISACODILO 5 MG GRAGEA 5 MG Ahora via Oral CONTINUANR 1 TAB EN LA NOHE		

Firma y sello del Profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

25/02/2014 09:41:37

Dra. Tatiana Gonzalez Clavijo
Médico
F.U.C.S. - Hospital San José
C.C. 53.073.824 E.S.

02. 14
Oficina de Medicina &
Univ. E. - Taguarema





CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Usuario Id: 51849125

Ingreso: 3

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

EPS, empresa: COMPENSAR E.P.S

Dx. ppal:

Dx. Rel 1: S824

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2753024

No: 0

Habitación: 303

Fecha: 24/02/2014

Fecha 1a entrega: 24/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
R007701	RINGER LACTATO (HARTMANN) 500 ML SOLUCION INYECTAB 80 cc Cada hora via Intravenosa; Dieta normal	✓	✓
T020701	TRAMADOL 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE 50 mg Cada ocho horas via Intravenosa por dolor	✓	✓
M016701	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE 10 mg Cada ocho horas via Intravenosa antes de tramadol	✓	✓
FPE00571	ERTAPENEM 1 G SOLUCION INYECTABLE**NO POS** 1 g Diaria via Intravenosa dia 1	✓	✓
R001701	RANITIDINA 50 MG./2ML SOLUCION INYECTABLE suspender	✓	✓
O002101	OMEPRAZOL 20 MG. CAPSULA 20 mg Diaria via Oral inicio	✓ (1)	✓
H003702	HEPARINA BAJO PESO MOL 40 MG SOL INY AMPOLLA 40 mg Diaria via Subcutanea	✓	✓
A01412	ALPRAZOLAM 0.50 MG TABLETA 0,5 mg Cada doce horas via Oral terapia fisica 3 veces dia	✓	✓

Firma y sello del Profesional: DRA MARTHA LILIANA DUQUE

24/02/2014 00:12:59





CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Nombre:

Usuario Id: 51849125

CRUZ DIAZ CLARA STELLA

EPS, empresa:

COMPENSAR E.P.S

Dx, ppal: N701 SALPINGITIS Y OOFORITIS CRONICA

Dx, Rel 1: S824

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Ingreso: 3

Page 1 of 1

DCL-F-012 V.2

Número: 3501 - 2752734

No: 14

Habitación: 312

Fecha: 23/02/2014

Fecha 1a entrega: 23/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
--------	--------	---------------------	--------------------

FPE00571 ERTAPENEM 1 G SOLUCION INYECTABLE**NO POS**

1 G Daria via Intravenosa INICIO

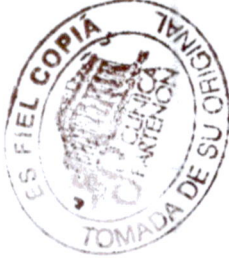
Firma y sello del Profesional:

DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELO

Camila Andria Arias Sotelo
Medico y Cirujano General
R.M. 08-05610/12

Camila Andria Arias Sotelo
Medico y Cirujano General
R.M. 08-05610/12

23/02/2014 14:53:41
TENDRÁ FISCAL
3 VECES DITO



186



CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA
EPS, empresa: COMPENSAR E.P.S
Dx. ppal: G433 MIGRAÑA COMPLICADA
Dx. Rel 1: S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Usuario Id: 51849125

Ingreso: 3

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2751830

No: 15

Fecha: 22/02/2014

Habitación: 311

Fecha 1a entrega: 22/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
--------	--------	---------------------	--------------------

FPM10701	MEROPENEM 500 MG POLVO INYECTABLE 500 MG Cada ocho horas via Intravenosa INCIO		
----------	---	--	--

SUSPENDER

Recibido
Feb-22-14
JMP

Firma y sello del Profesional: DRA CAMILA ANDREA ARIAS SOTELLO

22/02/2014 13:29:08

TERAPIA FISICA 3 VECES OTD





FECHA		DÍA	MES	AÑO	HORA	CAMA	SERVICIO	ORDEN MEDICA
26 02 14								
Paciente Clara Stella Cruz Diaz								
Historia Clínica:					C.C. 51849125			
Dirección:					Entidad: Campensa			
					Teléfono:			

	DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA	Forma Farmacéutica	Dosis	Vía	Frecuencia	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada
1	Paracetamol 50 mg 1v q8h						
2	Dipirona 250 mg 1v q6h						
3	Continuar ordenes de piso						
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Apreciado Doctor, por favor diligencie completamente esta orden médica, para ello utilice letra legible.

Basado en el Decreto 2200 de Junio de 2005

Médico: Daniel J. Pineda Registro Médico No.: 63553252



188

		FECHA		DÍA	MES	AÑO	HORA	CAMA	SERVICIO	ORDEN MEDICA	
		26 02 14		26	02	14	14:35		Salas de		
Paciente		Olivia Stello Cruz B03									
Historia Clínica:		C.C. 51049123									
Dirección:		Entidad: Compensar									
		Teléfono:									

	DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA	Forma Farmacéutica	Dosis	Vía	Frecuencia	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada
1	Dipirona 2g/5					2	2
2	Empenem 1g					3	3
3	ferrop 500					1	1
4	Lactato de Ringer 500cc					1	1
5							
6							
7							
8							
9							
10							

 **Veimy Gómez**
ENFERMERA
Universidad El Bosque

No Médico: _____

Registro Médico No.: _____

Apreciado Doctor, por favor diligencie completamente esta orden médica, para ello utilice letra legible.

Basado en el Decreto 2200 de Junio de 2005



148
189

ORDEN MEDICA

SERVICIO

CAMA

HORA

ANO

MES

DIA

FECHA

Paciente

Historia Clínica:

Entidad:

Teléfono:



Dirección:

DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA

- 1 Tratar sang de
- 2 guberos de x far
- 3 B. de color sang de
- 4 M x 500 cc
- 5 Isoton
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Cantidad Despachada

Cantidad Pedida

Frecuencia

Via

Dosis

Forma Farmacéutica

Shirley E. H.
Enfermera

RECIBIDA V. 162
2003

Apreciado Doctor, por favor diligencie completamente esta orden médica, para ello utilice letra legible.

Basado en el Decreto 2200 de Junio de 2005

Registro Médico No.:

F: sello Médico:



190

ORDEN MEDICA

SERVICIO

CAMA

HORA

DIA MES AÑO

FECHA

22 02 14

Paciente:

Clara Cruz Diaz

Entidad:

Campana

Teléfono:

C.C.

S1849125

Historia Clínica:



Dirección:

DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA

	Forma Farmacéutica	Dosis	Vía	Frecuencia	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada
1	Dietas normales ✓					
2	Pyridox 80 cily	50 mg	IV	q3h	✓	
3	Atenolol	ap 10 mg	IV	q8h	si vomita	
4	Aspirina	ap 250 mg	IV	q8h	✓	
5	Aspirina	ap 50 mg	IV	q8h	✓	
6	Demorol	ap 40 mg	Subcutanea	a las 12 horas de ca		
7	Enoxapone	ap 80 mg	IV	q6h	✓	
8	Cetotolol	ap 0,25 mg	IV	roche		
9	Alprazolam	ap 0,25 mg	IV	roche		
10	CNS y AC					

Apreciado Doctor, por su diligencia completamente esta orden médica para ello utilice letra legible.

Basado en el Decreto 2200 de Junio de 2005.

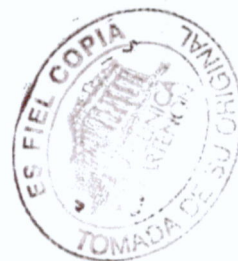
Firma y Sello Médico:

Patsy J. Pineda

Registro Médico No.

6355322

C.C. 63553252



200
10/1

~~201~~
192



Basado en el Decreto 2200 de 1970
Apreciado Doctor, por favor diligencie con esta orden médica, para ello utilice el

Registiro Médico No. -

Illo Médico:

STURLEY CHAVEZ
ENTERMATE Jefe
RUN 6835

Historia Clínica:

ЭЧА

0

MS

ANO

HORA

CANA

SERVICIO

Entidad:

Telefono:

Despachada	Cantidad
------------	----------

DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA





ORDEN MEDICA

SERVICIO

CAMA

HORA

DÍA MES AÑO

FECHA

Paciente:

Historia Clínica:

Entidad:

Teléfono:

Direc.

DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA

	Forma Farmacéutica	Dosis	Vía	Frecuencia	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada
1	Ranitid 50mg				1	1
2	Recto Clapen 10mg				1	1
3	Paracetol 500mg				1	1
4	Dipmar 2gr				1	1
5	Levin-50				4	4
6	Levin-50				2	2
7						
8						
9						
10						

Firma y Sello Médico:

Registro Médico No.

Apreciado Doctor, por favor diligencie completamente esta orden médica, para ello utilice letra legible.

Basado en el Decreto 2200 de Junio de 2005.



202
193



CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Nombre:

EPS, empresa:

Dx. ppal:

Dx. Rel 1: S824

Usuario Id: 51849125

CRUZ DIAZ CLARA STELLA

COMPENSAR E.P.S

Ingreso: 3

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2750746

No: 0

Fecha: 21/02/2014

Habitación: 311

Fecha 1a entrega: 21/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
R007701	RINGER LACTATO (HARTMANN) 500 ML SOLUCION INYECTAB 100 CC Cada hora via Intravenosa DIETA NORMAL		
R001701	RANITIDINA 50 MG./2ML SOLUCION INYECTABLE 50 MG Cada ocho horas via Intravenosa		
D026701	DIPIRONA 1 GM X 2 ML SOLUCION INYECTABLE 2 GR Cada ocho horas via Intravenosa		
C044723	CEFAZOLINA 1 G POLVO PARA INYECCION 1 GR Cada seis horas via Intravenosa		
H003702	HEPARINA BAJO PESO MOL 40 MG SOL INY AMPOLLA 40 MG Diaria via Subcutanea		
D015701	DICLOFENACO SODICO 75 MG /3 ML SOLUCION INYECTABLE 75 MG Cada doce horas via Intramuscular SEGUIN DOLOR		
A01411	ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLETA 0,25 MG Una en la Noche via Oral		

SUSPENDIR HOY (A LAS) DESPUES DE ÚLTIMA DOSIS Y REINICIAR 12 HRS A

TERAPIA FÍSICA

Firma y sello del Profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

21/02/2014 09:00:06

Dra. Tatiana Gonzalez Clavijo
F.U.C. Hospital San José
C.C. 51849125





Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Usuario Id: 51849125

Nombre:

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

EPS, empresa: COMPENSAR E.P.S.

Dx.ppal: S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO
Dx. Rel 1: S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Dx. Rel 1: S824

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Ingreso: 3

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2750218

No: 7

Habitación: 311

Fecha: 20/02/2014

Fecha 1a entrega: 20/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Código	Nombre	Cantidad	Entregada
		Solicitada	

A01411	ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLETA
--------	----------------------------

0,25 MG Una en la Noche via Oral INICIO

Firma y sello del Profesional: DRA CAMILA ANDREA ARNAS SOTELQ

20/02/2014 17:07:03



~~204~~
195



CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Usuario Id: 51849125

Ingreso: 3

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

EPS, empresa: COMPENSAR E.P.S

Dx. ppal: N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Dx. Rel 1: S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2749542

No: 10

Habitación: 311

Fecha: 20/02/2014

Fecha 1a entrega: 20/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
R007701	RINGER LACTATO (HARTMANN) 500 ML SOLUCION INYECTAB 100 cc Cada hora via Intravenosa; Dieta blanda		
R001701	RANITIDINA 50 MG./2ML SOLUCION INYECTABLE 50 mg Cada ocho horas via Intravenosa		
M016701	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE 10 mg Cada ocho horas via Intravenosa		
T020701	TRAMADOL 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE 50 mg Cada ocho horas via Intravenosa		
C044723	CEFAZOLINA 1 G POLVO PARA INYECCION 1 g Cada seis horas via Intravenosa		
H003702	HEPARINA BAJO PESO MOL 40 MG SOL INY AMPOLLA 40 mg Diaria via Subcutanea iniciar 12 h pop		
D015701	DICLOFENACO SODICO 75 MG /3 ML SOLUCION INYECTABLE 75 mg Cada doce horas via Intravenosa		

Firma y sello del Profesional: DRA MARTA LILIANA DUQUE

Marta Liliana Duque
Médico Cirujano
C.C. 273282/2009

Suspense
Dra. Tatiana González Davila
Médico
F.U.C.S - Hospital San José
C.C. 53.073.824 Btd.

Paola...
20/02/2014 01:50:48



HISTORIA CLINICA No.

E.P.S. C. CHITANSU.

खेल (ख)

518.94/25

CAMA 203

MEDICAMENTOS (NOMBRE GENERICO)
/O ELEMENTOS MEDICO QUIRURGICOS

FECHA

24-02-14	Kunitichu Jon
----------	---------------

MOTIVO DE DEVOLUCION	CA
----------------------	----

CANT.

MEDICAMENTO DE CONTROL

CANT.

Convenciones motivo de devolución:

- A. Rechazo por el Paciente
- B. Medicamento suspendido
- C. Cambio *via* de administración
- D. Ausencia del Paciente
- E. Medicamento incorrecto
- F. Muerte del Paciente
- G. Paciente dado de alta
- H. Reacciones adversas.

ENTREGADO POR:

RECIBIDO POR:



~~208~~
197

		FECHA		DIA	MES	ANO	HORA	CAMA	SERVICIO	ORDEN MEDICA	
Paciente:		15		12	14						
Historia Clínica:		C.C. 31849125		Comp		Entidad:					
Dirección:											
Teléfono:											

	DESCRIPCION DE LA ORDEN MEDICA	Forma Farmacéutica	Dosis	Vía	Frecuencia	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada
1	Cefazolin 4g					1	1
2	Penicilina 500m					1	
3	Metoclopramide 10m					1	1
4	Paracetamol 500m					1	1
5	Dipirona 2g					2	2
6	Fungo 500cc					2	2
7							
8							
9							
10							

Apreciado Doctor, por favor diligencie completamente esta orden médica, para ello utilice letra legible.

Basado en el Decreto 2200 de Junio de 2005.

Firma y Sello Médico:

Registro Médico No.



307
198



CLINICA PARTENON

Orden Medica de insumos y medicamentos

FARMACIA

Usuario Id: 51849125

CRUZ DIAZ CLARA STELLA

COMPENSAR E.P.S

Nombre:

EPS, empresa:

Dx, ppai:

Dx, Rel 1: S824

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Ingreso: 3

DCL-F-012 V.2

Page 1 of 1

Número: 3501 - 2749770

No: 0

Fecha: 20/02/2014

Fecha 1a entrega: 20/02/2014

Plan de beneficios: POS

Tipo de afiliado: Cotizante

Estrato: A

No Autorización: CONVENIO

Habitación: 311

Código	Nombre	Cantidad Solicitada	Cantidad Entregada
--------	--------	---------------------	--------------------

A02411 AMITRIPTILINA CLORHIDRATO X 25 MG TABLETA

25 MG Cada doce horas via Oral INICIO

[Handwritten signature]

Tatiana Gonzalez Clavijo

Medico

Hospital San José

FU 05 - Hospital 824 Bld.

Firma y sello del Profesional: DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

20/02/2014 09:55:51



[Handwritten signature]



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

(303) 2020
CIF-F-046
V.1

FECHA: 27-02-14

SERVICIO: Tercer piso

HORA INICIO SERVICIO: 7:00 am

CAMA No. 303 HISTORIA CLINICA No. 57849125

NOMBRE: Claro Stella Cruz Diaz.

EDAD: 47 Años

PESO: 52

TALLA: 1.60 m

EMPRESA: Compusor

DIAGNOSTICO:

Enfermedad General

CONSTANTES VITALES

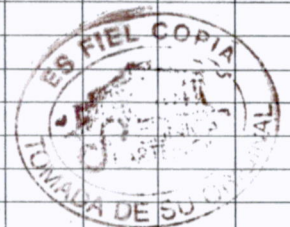
HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	117/81		121/84	121/67		130/70	121/69					
PULSO:	100		110	104		100	98					
RESPIRACION:	22		20	20		20	20					
TEMPERATURA:	36.5		36.4	36.5		36.1	36					
GLUCOMETRIA::												
ETOCARDIA:	93		90	81		80	90					

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
ASPIRIN 400mg C/Ora. SC	N	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	Dona
Ertapenem 1g IV C/D.	D									X				Jennica
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													

HOJA DE LIQUIDOS

Hora	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8	80		300					
9	80				300			
10	80							
11	80							
12	80		300		1100			
13	80							
14	80							
15	80							
16	80				300			
17	80							
18	80		300					
19	80							
Total	960		900		1000			
20								
21								
22								
23								
24								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Total 24 Hr.								



ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1	Ringers lactato
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	

TOTAL ADMINISTRADOS:

TOTAL ELIMINADOS:

BALANCE 24 HORAS:

TRANSFUSIONES:

UNIDADES::

COMPONENTE:

HORA:

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

FIRMA: *Argemir's Cafeteria Morona*
[Signature] 2/11/65
[Signature] 2/11/65

M. Zulena Soto B.
Auxiliar Enfermeria
C.C. 11 270 76548

FIRMA:



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

CIRAF-016
V.1

FECHA: Febrero 26/14 SERVICIO: 3 PISO

HORA INICIO SERVICIO: 7:00

CAMA No. 303

HISTORIA CLINICA No. 51849125

NOMBRE: Clara Stella Cruz Diaz

EDAD: 47 años

PESO: 52 K

TALLA: 1.600

EMPRESA: Conspirer

DIAGNOSTICO: Otitomitis crónica + Enterobacter cloacae
Luxatión de hombro
Insomnio y ansiedad

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	108/73								110/68		118/78	
PULSO:	103								94		85	
RESPIRACION:	21								20		19	
TEMPERATURA:	36.2								36.4		36.2	
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:	TH 83								89		101	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
Dipirona 2gr 10 c/6 h.	D													
omeprazol 20mg 10 c/6 h.	D													
Alprazolam 0.5mg 1 c/ noche	D													
Estrofen 1g. C/12h IV	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													

HOJA DE LIQUIDOS

Hora	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8	80		-					
9					300			
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
Total								
20								
21								
22	2140	250			900			
23	80	100						
24	80							
1	80							
2	80							
3	80							
4	80							
5	80				300			
6	80		100					2
7	80							
Total 24 Hr.	2860	950			1200			



ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8

TOTAL ADMINISTRADOS: 3810

TOTAL ELIMINADOS: 1200

BALANCE 24 HORAS: 2610 (+)

TRANSFUSIONES:

UNIDADES:

COMPONENTE:

HORA:

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA	✓		
	DUCHA			
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO	✓	x	
	DEAMBULACION			
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA			
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA	✓	x	
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G.			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA	✓	x	
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
DIETA	NADA VIA ORAL	✓		
	NORMAL			
	BLANDA			
	LIQUIDA			
	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
	HIPOGLUCIDA			
	HIPERPROTEICA			
	RENAL			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	PARACENTESIS			
	DESRIDAMIENTO			
	ASPIRACION			
	MONITORIZACION			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	BURETROL			
	MACRO			
	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP.			

TURNO		CANTIDAD	M	T	N
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
		1 LITRO			
	MASCARA	2 LITROS			
		3 LITROS			
	VENTURY	4 LITROS			
		5 LITROS			
	HOOD	6 LITROS			
ESTADO DE CONCIENCIA		7 LITROS			
		ORIENTADO	✓	x	
		DESORIENTADO			
		CONFUSO			
		DELIRANTE			
		INCOMPRESIBLE			
PULSOXIMETRIA		SAT O ₂			
		MAÑANA			
	CON OXIGENO	TARDE			
		NOCHE			
SIN OXIGENO		MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
ESTADO DE LA PIEL		NORMAL	✓	x	
		LACERADA			
		ESCARA			

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: 7:30 AM Llego a la unidad paciente en cama, con curación en el miembro superior izquierdo con gisa y vendaje elástico. Refiere dolor leve en el miembro superior izquierdo. Se ubica en cama, se suben barandas 22:00 PM y se ubica en cama, se suben barandas 22:00 PM y se ubica en cama, se suben barandas 22:00 PM.

21+45 Ingreso paciente al servicio consciente, alerta, saturando el ambiente con oxígeno venoso permeable con férula de yeso y vendaje elástico en miembro inferior derecho. Se ubica en cama, se suben barandas 22:00 PM y se ubica en cama, se suben barandas 22:00 PM.

FIRMA:

Argemir's (M) Morales
C.E. 40725045
Aux. Enfermería

TARDE: Cuidados de enfermería 22:00 Control y registro de signos vitales 22:00 PM y cuidados de enfermería 4:00 PM Control y registro de signos vitales 8:00 PM paciente estable 7:00 PM Entrego turno con paciente en igual condición en Recuperación con Pbs O₂, acompañada por familiar // Marley González

FIRMA:

NOCHE:

FIRMA:

POST QUIRURGICOS

HORA DE INGRESO: 13:40 DRENAJES: Sonda Vesical SNG Ostomías Drenajes

Tubo de Tórax (I D) Tubos en T Ventriculostomías

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: 1. Reducción Abierta + osteosíntesis de tibia y perone
2. perone
3.

OXIGENO: Cánula: Lt. Máscara Lt. Hood FiO₂ Traqueostomía: No. FiO₂

Intubado FiO₂ No. de Tubo Orotraqueal Fijación del tubo cm.

INGRESA CON DOLOR: Mínimo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo Moderado

SIGNOS VITALES											
	Al Ingreso	A los 15 minutos	A la media hora	A los 45 minutos	A los 60 minutos	A la hora y media	A las 2 horas	A las 3 horas	A las 4 horas		
Hora	13/40	13/55	14/10	14/25	15/25	16/25	17/25	18/25	19/25	20/25	21/25
TA	128/84	129/84	128/80	128/83	129/90	130/87	128/88	129/82	120/70	122/71	111/74
TAM	95	96	97	102	101	101	98	90	95	82	85
P	75	74	64	83	96	87	91	82	90	95	95
T°	36	36	36.3	36	36.2	36	36	36	36	36.5	36.6
R	18	18	19	20	19	18	18	18	36.2	18	10
Sat. O ₂	100	100	90%	99%	100%	99	93	94	93	93	94
PVC											

VALORACION ESCALA DE ALDRETE:											
Hora	13/40	13/55	14/10	14/25	15/25	16/25	17/25	18/25	19/25	20/25	
Estado de conciencia											
Completamente despierto	2	/	/	/	/	/	/	/	/	2	
Se despierta al llamado	1										
No responde al llamado	0										
Actividad muscular											
Mueve las 4 extremidades	2	/	/	/	/	/	/	/	/	2	
Mueve 2 extremidades	1	/	/	/	/	/	/	/	/		
Incapaz de moverse	0										
Respiración											
Respira profundamente y tose	2	/	/	/	/	/	/	/	/	2	
Disnea, respiración limitada	1										
Apnea	0										
Circulación											
T.A. ± 20% del nivel preanestésico	2	/	/	/	/	/	/	/	/	2	
T.A. ± 21% - 49% del nivel preanestésico	1										
T.A. ± 50% del nivel preanestésico	0										
Color de piel											
Sat.O ₂ > del 92% sin O ₂	2	/	/	/	/	/	/	/	/	2	
Sat.O ₂ del 92% con O ₂	1	/	/	/	/	/	/	/	/		
Sat.O ₂ < del 92% con O ₂	0										
Total		8/0	8/0	9/10	9/10	9/10	9/10	9/10	9/10	10/10	

NOTAS DE ENFERMERIA: Recibo paciente en recuperación bajo efecto de anestesia regional se observa a monitoriza se administra oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto con acceso venoso permeable con herida quirúrgica limpia y seca con curación húmeda 16:00 paciente suelta al despertar paciente en reposo 18:00 paciente en reposo estable a febril 19:00 entrega paciente en recuperación coniente alerta orientado con acceso venoso

NOTAS DE ENFERMERIA:

paciente con herida quirúrgica en abdomen
14h Nuevo paciente en recuperación
alcanza, paciente con herida quirúrgica en
abdomen, paciente en micción infrecuente
con un leve dolor en zona de la herida
ante un poco de náusea
Responsable: Mery Naranjo

CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS			ELIMINADOS		
	Administrado	V. Oral	Diuresis			
8	80		300			
9	80					
10	80					
11	260					
12	500					
13	500	2000		2000		
14	80					
15	80					
16	80					
17	80					
18	80		600			
19	80					
TOTAL	1980	2000	900	2000		
20	80	750				
21	80					
22						
23						
24						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Total 24 Horas 2140 2000 750 900 2000						
Total administrados: 1980 Total eliminados: 2900 Balance 24 horas:						

Nombre del medicamento/Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Firma	No.	Mezcla	Goteo
Cefalotina 1gr	iv	a hora	11:00			Sandra	(1)	Lavado de	
Tramadol 100mg	iv	a hora	12:10		20:00	Sandra			
metoclopramida 10mg	iv	a hora	12:15			Sandra			
Dipiridna 200	iv	a hora	14:00		20:00	fuera de			
hidrocodona 5 mg	iv	a hora			20:00	fuera de	(1)	Lavado de	85N

Hora de Salida	Anestesiólogo que autoriza	Destino	Nombre de quien entrega



REGISTRO DE ENFERMERIA SALAS DE CIRUGIA

CIR-F-046
V.1

Fecha: 26 febrero 2014 Hora de Ingreso: 9+20 Procedencia: 303
Nombre: Clara Stella Cruz DIOZ
No. de Historia Clínica: 51849125 EPS: Compensar

Edad: Fem Sexo: 47a Hemoclasificación: A RH: positivo, Peso: 52kg

INFORMACION PREQUIRURGICA

Diagnóstico de Ingreso: 1. Fractura tobillo derecho
2.
3.

PREPARACION DEL PACIENTE:

Ultima ingesta de alimentos: Hora: 20+00 Anoch Trae exámenes de laboratorio Sí ☒ No ☐ y Radiología Sí ☒ No ☐
Consentimiento informado diligenciado y firmado: Sí ☐ No ☐ Tiene valoración pre-anestésica: Sí ☐ No ☐
Reserva sangre ☐ Und. ☐ Requiere oxígeno: Sí ☐ No ☒ Cánula ☐ Venturi ☐ Ventilación mecánica ☐
Con preparación especial: Sí ☒ No ☐ ¿Cuál? Ayuno

ACCESO VENOSO: Central ☐ Periférico ☒ Localización MSD

No. de Yelco 18 Permeable: Sí ☒ No ☐

DRENAJES: Sonda Vesical ☐ Sonda Nasogástrica ☐ Ostomías ☐ Drenajes ☐
Tubo Tórax ☐ Tubo en T ☐ Ventriculostomía ☐

SIGNOS VITALES (CADA HORA DESDE EL INGRESO)

Hora	9+20								
TA	108/73								
TAM	83								
P	103								
T°	36								
R	19								
Sat. O ₂	94								
PVC	11								
Fetocardia	4								
Movimientos fetales	1								

Hora de traslado a Sala de Cirugía: _____

NOTAS DE ENFERMERIA: Llega paciente al servicio alto cese de actividad en acceso venoso permeable, con fardo de gesso y vendaje en miembro inferior derecho, se ubica en silla, se prepara para procedimiento gástrico - Asid.

Astrid E. Muñoz R.
C.C. 52 337 471
Aux. Enfermera

Nombre del responsable: _____

PERIOPERATORIO

Hora de ingreso a Sala: 11+25

Anestesiólogo: doctor Perez

Cirujano: doctor Rodriguez

Ayudante: doctor Diaz

Instrumentadora: Alexandra

HORA DE INICIO DE ANESTESIA: 11+35

Tipo de Anestesia: Regional: ☒ General: ☐ Local: ☐ Bloqueos: ☐ Peridural: ☐

Lavado de área quirúrgica realizado por: 11+45 doctor Diaz

No. de compresas de inicio: _____ Recuento final: _____

Hora de inicio de la Cirugía: 11+55

SIGNOS VITALES INTRAOPERATORIOS:

Cada 15 minutos desde el inicio de la anestesia o según orden médica:

Hora	11+35	11+50	12+05	12+20	12+35	12+50	13+05	13+20	13+35								
TA	105/72	105/72	108/79	119/80	100/69	117/93	130/40	123/81	100/69								
TAM	82	85	87	89	77	93	101	94	82								
P	93	95	87	86	80	77	76	87	70								
T°	36	36	36	36	36	36	36	36	36								
R	19	19	19	19	14	19	19	19	19								
Sat. O ₂	100	99	99	99	99	100	99	100	100								
PVC	5	5	5	5	5	5	5	5	5								

PATOLOGIAS RECOLECTADAS:

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

SI HACE REFERENCIA A ATENCION DE PARTO Y/O CESAREA ESCRIBA:

Tipo de parto: Normal: ☐ Instrumentado: ☐ Cesárea: ☐ Episiotomía: Sí ☐ No ☐ Desgarro: Sí ☐ No ☐

Revisión Uterina: Sí ☐ No ☐ Sangrado al final del procedimiento: Abundante: ☐ Moderado: ☐ Escaso: ☐

INFORMACION DEL RECIEN NACIDO:

Hora de nacimiento: _____ Producto único: ☐ Múltiple: ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Apgar al minuto: ☐ A los 5 minutos: ☐

Profilaxis RN: _____

NOTAS DE ENFERMERIA: Ingresa paciente a Sala #2 conuiente, Alotca, orientada, con acceso venoso permeable, Furo de yodo en miembro inferior, se coloca en mesa quirurgica se monitoriza 11+35 doctor Perez induce anestesia regional 11+45 doctor Diaz realiza lavado de area quirurgica con povid y antisepcia 11+55 doctor Rodriguez inicia procedimiento 13+35 Finaliza parto doctor Rodriguez desando hunda cubada y limpia 13+40 se trasladado para ante para repi base anestesia regional acceso venoso permeable, hunda cuba y limpia

Nombre del responsable: _____

Sandra Moreno

REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

FIRMA

FIRMA: **M. Zulema Soto B.**
Auxiliar Enfermeria
C.C.1127070548

FIRMA



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

FECHA: 11-24-11

SERVICIO: 3^{er} piso

HORA INICIO SERVICIO:

CAMA No. 303

HISTORIA CLINICA No. 51849125

NOMBRE: clau Esteller Cruz Lioz

EDAD: 47 años

PESO: 52 Kg TALLA: 1.60 EMPRESA: Compumar

DIAGNOSTICO: Fractura del antebrazo izquierdo de la mano
Lozano + de la mano

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	124/85		132/87	130/82		135/81	120/58		133/76		140/72	
PULSO:	104		103	95		91	62		81		79	
RESPIRACION:	20		20	20		20	19		18		18	
TEMPERATURA:	36.7		36.7	36.1		36.4	36.5		36.4		36	
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:	98		96	101		99	75		84		91	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
metoclopramida 10mg/8h IV	D				X									Paen
tiemadol 5mg 4h IV	D				X									Paen
Etaperen 1gr 12h IV	D													Paen
Alprazolam 0.5mg 12h VO	D													Paen
Enoxaprona 40mg/12h c	D													Paen
Omeprazol 20mg 12h VO	D													Paen
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													

HOJA DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8	80		300					
9	80				300			
10	80							
11	80							
12	80		300		400			
13	80							
14	80							
15	80							
16	80				200			
17	80							
18	80		300					
19	80							
Total	960		900					
20	80							
21	80							
22	80							
23	80							
24	80							
1	80							
2	80							
3	80							
4	80							
5	80				200			
6	80		100					2
7	80							
Total 24 Hr.	960		1000		1300			



ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1	Locoto Amigu
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	

TOTAL ADMINISTRADOS: 2920
TOTAL ELIMINADOS: 1300
BALANCE 24 HORAS: 1620 (+)

TRANSFUSIONES:

UNIDADES:

COMPONENTE:

HORA:

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA			
	DUCHA	✓		
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO		1x	
	DEAMBULACION	✓		
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA	✓	1x	
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA			
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G.			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA	✓	1x	
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
DIETA	NADA VIA ORAL			
	NORMAL	✓	1	
	BLANDA			
	LIQUIDA			
	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	HIPOGLUCIDA			
	HIPERPROTEICA			
	RENAL			
	PARACENTESIS			
	DESBRIDAMIENTO			
	ASPIRACION			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	MONITORIZACION			
	BURETROL			
	MACRO			
	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP.			
	Tegador	1		

TURNO		CANTIDAD	M	T	N
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
		1 LITRO			
	MASCARA	2 LITROS			
		3 LITROS			
	VENTURY	4 LITROS			
		5 LITROS			
HOOD		6 LITROS			
		7 LITROS			
ESTADO DE CONCIENCIA		ORIENTADO	✓	1x	
		DESORIENTADO			
		CONFUSO			
		DELIRANTE			
		INCOMPENSIBLE			
		SOMNOLIENTO			
PULSOXIMETRIA					SAT O ₂
CON OXIGENO		MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
SIN OXIGENO		MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
ESTADO DE LA PIEL		NORMAL			
		LACERADA			
		ESCARA			

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: 7:00 Recibo turno paciente en cama conciente, orientado, buen patrón respiratorio. Con vendaje elástico en miembro inferior derecho, línea periférica permeable. 14:00 control y registro de signos vitales se informa a médico de turno. 16:00 Ronda y cuidados de enfermería. paciente estable, en compañía de familiar. 18:00 control y registro de signos vitales. paciente acepta y toma vía oral. 19:00 entrego paciente en la unidad conciente, orientado, buen patrón respiratorio, línea periférica permeable, vendaje elástico en miembro inferior derecho. Se continúa.

FIRMA:

Argentina's Cultural's Morena
C.C. 11270548

TARDE: 13:00 Recibo paciente en la unidad conciente, orientado, alerta, buen patrón respiratorio. Con vendaje elástico en miembro inferior derecho, línea periférica permeable. 14:00 control y registro de signos vitales se informa a médico de turno. 16:00 Ronda y cuidados de enfermería. paciente estable, en compañía de familiar. 18:00 control y registro de signos vitales. paciente acepta y toma vía oral. 19:00 entrego paciente en la unidad conciente, orientado, buen patrón respiratorio, línea periférica permeable, vendaje elástico en miembro inferior derecho. Se continúa.

FIRMA:

Zulema Soto E.
Auxiliar Enfermería
C.C. 1127070548

NOCHE: Nueva igual monito médico. 19:00 Recibo turno con paciente en cama conciente, orientado, con acceso a vía periférica permeable. 20:00 control y registro de signos vitales. 22:00 Ronda y cuidados de enfermería. 24:00 control y registro de signos vitales. 1:00 am Ronda y cuidados de enfermería. 4:00 am control y registro de signos vitales. 6:00 am paciente en igual condición. Durante la noche inquieto, intranquillo. Marley y Yonzed.

FIRMA:



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

FECHA: febrero 23 - 2014

SERVICIO: 5to piso

HORA INICIO SERVICIO: 7am

CAMA No. 312

HISTORIA CLINICA No. 51849125

NOMBRE: Clara Stella Cruz Diaz

EDAD: 47 años

PESO: 52 kilos TALLA: 1.60 EMPRESA: Compensar

DIAGNOSTICO: - Fractura del maldado Interno, Fractura de porcion
- Lavado quirurgico + drenaje

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	124/96			132/95		132/92	146/95		140/96		132/89	
PULSO:	104			106		100	99		100		99	
RESPIRACION:	20			26		20	20		19		20	
TEMPERATURA:	36.7			36.5		36.4	36.4		36.3		36.3	
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:	11	106		100		109	111		110		102	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
metoprolol 50mg c/8h IV	D		✓	✓										Diana
Remifentanyl 50mg c/8h IV	D			✓										X Diana
metoprolol 50mg c/8h IV	D			✓										X Diana
Diprivan 2gr c/8h IV	D		✓											Diana
tramadol 50mg c/8h IV	D			✓										X Diana
Alprazolam 0.25mg bom. VO inmediato	D						✓							X Diana
Etaperem 5gr DIA IV	D													X Diana
Enoxaparin 40mg c/8h SC	D													X Diana
omeprazol 20mg VO	D													X

HOJA DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8	80		300					
9	80				200			
10	80		200					
11	80				200			
12	80							
13	80		300					
14	80				200			
15	80							
16	80		200					
17	80				300			
18	80		300					
19	80							
Total	960		1300		900			
20	80							
21	80							
22	80							
23	80							
24	80							
1	80							
2	80							
3	80							
4	80							
5	80							
6	80				300			
7	80							
Total 24 Hr.	1920		1300		1700			



ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1	Leotito de Bugar
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	

TOTAL ADMINISTRADOS: 3220
TOTAL ELIMINADOS: 1700
BALANCE 24 HORAS: 1520 +

TRANSFUSIONES:

UNIDADES:

COMPONENTE:

HORA:

TURNO		M	T	N	TURNO		M	T	N	TURNO		CANTIDAD	M	T	N
BAÑO	CAMA				VOMITO	ALIMENTARIO				OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
	DUCHA	✓	✓			BILIOSO					1 LITRO				
	GENITAL					HEMATEMESIS					2 LITROS				
ACTIVIDAD	REPOSO	✓	✓	✓	DEPOSICION	NORMAL				VENTURY	3 LITROS				
	DEAMBULACION					DIARREICA					4 LITROS				
	CAMB. POSICION					ENTERORRAGIA					5 LITROS				
	FISIOTERAPIA					MELENAS					6 LITROS				
VENOPUNCION	INFILTRADA				DIETA	NADA VIA ORAL				HOOD	7 LITROS				
	FLEBITIS					NORMAL					ORIENTADO	✓	✓		
	CATETER HEPARL					BLANDA	✓	✓			DESORIENTADO				
	LINEA PERIFERICA	✓	✓	✓		LIQUIDA					CONFUSO				
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA				PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	ASTRINGENTE				ESTADO DE CONCIENCIA	DELIRANTE				
	CERRADA					HIPOSODICA					INCOMPRESIBLE				
	HEMORRAGIA					HIPOGLUCIDA					SOMNOLIENTO				
	INFLAMACION					HIPERPROTEICA					INCONSCIENTE				
	LIMPIA	✓	✓	✓		RENAL					PULSOXIMETRIA		SAT O ₂		
	SECRECION					PARACENTESIS					CON OXIGENO	MAÑANA			
CIASFS DE DRENAJE	S.N.G				CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	DESBRIDAMIENTO				SIN OXIGENO	TARDE				
	S. VESICAL P/I					ASPIRACION					NOCHE				
	TORACOSTOMIA					MONITORIZACION					MAÑANA	9273			
	TIRO FN T					BURETROL					TARDE				
	ESPONTANEO					MACRO					NOCHE	92 93 93			
						JELCO					NORMAL	✓	✓		
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA	✓	✓	✓		VENTURY				ESTADO DE LA PIEL	LACERADA				
	COLURIA					CATETER HEP.					ESCARA				
	HEMATURIA														
	SEDIMENTO														

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: 7 7 Despierto tranquilo paciente en cama consciente
 Cerebro agudo agudo Nervioso con síndrome glaucomatoso
 en miembros inferiores derecho con furo 10 d Ringu
 80" 8" - control de Signos vitales después de 10 7 control
 de enfermería 12 7 control de Signos vitales después de 14
 control de enfermería 16 7 control de Signos vitales
 enfermería 18 7 control de Signos vitales
 control 19 7 en hora tarde paciente en cama

FIRMA:

Araceli C. Fuentes Moreno
 C.C. 40725045
 Aux. Enfermería

TARDE: consciente, tranquilo, agudo, con pupilas Lecher
 de Ringu 80" bastante Nervioso
 19 Puntuación en la unidad de agudo con agudo
 control de enfermería agudo con agudo en el área en
 miembro superior derecho y en miembros inferiores glaucomatoso
 vers. Furo de Jero y Ventury elástico 20 control Signos
 vitales y registro de trabajo puntuación de puntaje
 a 303 en compañía de la hija y 22
 comida de enfermería - 24 control Signos

FIRMA:

Araceli C. Fuentes Moreno
 C.C. 40725045
 Aux. Enfermería

NOCHE: vitales y registro 02 control de enfermería puntuación de
 04 control Signos vitales y registro - 06 puntuación de
 07 queda. puntuación en la unidad de agudo con agudo
 Hicieron agudo por agudo control de enfermería

FIRMA:



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

FECHA: Febrero 22 - 20 14

SERVICIO: Tercer piso

HORA INICIO SERVICIO:

CAMA No. 311

HISTORIA CLINICA No. 51849/23

NOMBRE: Clara Stella Cruz Diaz

EDAD: 47 años

PESO: 52 kilos TALLA: 1.60 EMPRESA: Compensar

DIAGNOSTICO: Fractura Malocl. Interno fractura del perone
Lecido quirurgico + drenaje

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:												
PULSO:												
RESPIRACION:	Continuacion Notor. de enfemia.											
TEMPERATURA:												
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:												

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
	N	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													

HOJA DE LIQUIDOS

Hora	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
Total								
20								
21								
22								
23								
24								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Total 24 Hr.								

ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8

TOTAL ADMINISTRADOS:

TOTAL ELIMINADOS:

BALANCE 24 HORAS:

TRANSFUSIONES:

UNIDADES:

COMPONENTE:

HORA:

RESPIRATORIO

CIR-F-046

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA			
	DUCHA			
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO			
	DEAMBULACION			
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA			
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA			
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G.			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA			
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
DIETA	NADA VIA ORAL			
	NORMAL			
	BLANDA			
	LIQUIDA			
	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	PARACENTESIS			
	DESBRIDAMIENTO			
	ASPIRACION			
	MONITORIZACION			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	BURETROL			
	MACRO			
	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP.			

TURNO		CANTIDAD	M	T	N	
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO				
		1 LITRO				
	MASCARA	2 LITROS				
		3 LITROS				
	VENTURY	4 LITROS				
		5 LITROS				
ESTADO DE CONCIENCIA	HOOD	6 LITROS				
		7 LITROS				
		ORIENTADO				
		DESORIENTADO				
		CONFUSO				
		DELIRANTE				
PULSOXIMETRIA		INCOMPRESIBLE				
		SOMNOLIENTO				
		INCONSCIENTE				
		SAT O ₂				
	CON OXIGENO	MAÑANA				
		TARDE				
SIN OXIGENO		NOCHE				
		MAÑANA				
		TARDE				
		NOCHE				
	ESTADO DE LA PIEL		NORMAL			
			LACERADA			
		ESCARA				

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: Conciente alerta. orientado con acceso venoso permeable con Feral de yeso y vendaje elastico en miembro inferior derecha. Estable sin cambios.

Su. Ruel

FIRMA:

TARDE:

FIRMA:

NOCHE:

FIRMA:

REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

TURNO		M	T	N	TURNO		M	T	N	TURNO		CANTIDAD	M	T	N	
BAÑO	CAMA				VOMITO	ALIMENTARIO				OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO				
	DUCHA					BILOSOSO						1 LITRO				
	GENITAL					HEMATEMESIS						2 LITROS				
ACTIVIDAD	REPOSO	✓			DEPOSICION	NORMAL					MASCARA	3 LITROS				
	DEAMBULACION					DIARREICA						4 LITROS				
	CAMB. POSICION					ENTERORRAGIA						5 LITROS				
	FISIOTERAPIA					MELENAS						6 LITROS				
VENOPUNCION	INFILTRADA				DIETA	NADA VIA ORAL	✓				HOOD	7 LITROS				
	FLEBITIS					NORMAL					ESTADO DE CONCIENCIA	ORIENTADO	✓			
	CATETER HEPARI.					BLANDA						DESORIENTADO				
LINEA PERIFERICA	✓			LIQUIDA					CONFUSO							
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA				ASTRINGENTE				DELIRANTE							
	CERRADA				HIPOSODICA				INCOMPENSABLE							
	HEMORRAGIA				HIPOGLUCIDA				SOMNOLIENTO							
	INFLAMACION				HIPERPROTEICA				INCONSCIENTE							
CLASES DE DRENAJE	IMPURA				PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	RENAL				PULSOXIMETRIA					SAT O ₂	
	SECRETION					PARACENTESIS				CON OXIGENO	MAÑANA					
	S.N.G.					DESBRIDAMIENTO					TARDE					
	S. VESICAL P/I					ASPIRACION					NOCHE					
	TORACOSTOMIA				MONITORIZACION				SIN OXIGENO	MAÑANA						
	TUBO EN T.					BURETROL					TARDE					
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEO				CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)						NOCHE					
	ESPONTANEA	✓				MACRO					NORMAL	✓				
	COLURIA					JELCO					LACERADA					
	HEMATURIA					VENTURY					ESCARA					
	SEDIMENTO					CATETER HEP.										

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: 07:00 Recibo paciente en la unidad de enfermería con acceso venoso permeable saturando al medio. Procedimiento quirúrgico el día de hoy, 08:00 con control de signos vitales. 08:45 se baja a paciente a sala de cirugía de enfermería con acceso venoso permeable // Marcela Verano //

FIRMA:

NOCHE: Continúa con signos vitales se en

TARDE: Via a piso estable con ordenes médicas y fente de Jeso y vendaje cruzado y ordenes médicas. Ingreso paciente del Servicio de Sala de cirugía de un hematoquecómico + desbridamiento miembro inferior derecho con acceso venoso en miembro superior izquierdo permeable. Tacheo 2x por a 80x x hora con fente de yeso y vendaje cruzado en miembro inferior derecho, paciente al saber que le corresponde una herida se sale.

FIRMA:

NOCHE: Se toma tranquilidad, Ingreso Se le explica las razones y la paciente no acepta. Se le llama al familiar y se habla con ellos pero no se acercan a la clínica. paciente no deja cerrar la puerta para aislamiento. Se toma mi tranquilidad. 22:00: Ponele de enfermería. paciente estable. 23:00: control y registro de signos vitales. 24:00: Ponele de enfermería. paciente estable. tranquilidad. Hacer control y registro de signos vitales. Gansu paciente estable. 3:00: cambios. 4:00: Ponele de enfermería en la habitación.

FIRMA:



REGISTRO DE ENFERMERIA SALAS DE CIRUGIA

CIR-F-046
V:1

Fecha: 22/02/14

Hora de Ingreso:

Procedencia:

Nombre: Clara Steila Cruz

No. de Historia Clínica: 51849125

EPS: Compensar

Edad:

47

Sexo:

F

Hemoclasiación: A RH: +

Peso:

INFORMACION PREQUIRURGICA

Diagnóstico de Ingreso:

1.

2.

3.

PREPARACION DEL PACIENTE:

Ultima ingesta de alimentos: Hora 18:00

Trae exámenes de laboratorio Sí ☒ No ☐ y Radiología Sí ☐ No ☐

Consentimiento informado diligenciado y firmado:

Sí ☒ No ☐Tiene valoración pre-anestésica: Sí ☒ No ☐

Reserva sangre 10 Und. 10

Requiere oxígeno: Sí ☐ No ☒

Cánula Venturi Ventilación mecánica

Con preparación especial: Sí ☒ No ☐

¿Cuál? Ayuno

ACCESO VENOSO:

Central

Periférico

Localización MSD

No. de Yelco 18

Permeable: Sí ☒ No ☐

DRENAJES:

Sonda Vesical

Sonda Nasogástrica

Ostomías

Drenajes

Tubo Tórax

Tubo en T

Ventriculostomía

SIGNOS VITALES (CADA HORA DESDE EL INGRESO)

Hora									
TA	157/92								
TAM	112								
P	92								
T°	36								
R	18								
Sat. O ₂	98								
PVC									
Fetocardia									
Movimientos fetales									

Hora de traslado a Sala de Cirugía:

NOTAS DE ENFERMERIA:

Ingresó paciente al servicio de prequirúrgicos en compañía de auxiliar de enfermería, con línea periférica permeable, se ubica se toman y registran signos vitales, se inicia preparación para cirugía.

Alergias=

Protesis dentales=

Melissa Velandía
Aux. de Enfermería
C.C. 1.013.844.871

Nombre del responsable:

PERIOPERATORIO

Hora de ingreso a Sala: 14:00
 Anestesiólogo: Dra. Cardona
 Ayudante: Dra. Piñilla

Cirujano: Dr. Ruben Rodriguez
 Instrumentadora: Sindy Marin

HORA DE INICIO DE ANESTESIA: 14:20

Tipo de Anestesia: Regional ☒ General: ☐ Local: ☐ Bloqueos: ☐ Peridural: ☐

Lavado de área quirúrgica realizado por: Dra. Piñilla 14:25

No. de compresas de inicio: _____ Recuento final: _____

Hora de inicio de la Cirugía: 14:30

SIGNOS VITALES INTRAOPERATORIOS:

Cada 15 minutos desde el inicio de la anestesia o según orden médica:

Hora	14:00	14:15	14:30	14:45	15:00	15:15													
TA	135/86	129/81	138/84	133/84	135/66	144/89													
TAM	96	99	104	102	103	111													
P	80	82	83	79	99	81													
T°	36	36	36.3	36.1	36.3	36.2													
R	21	24	24	25	19°	20													
Sat. O ₂	92	93	93	94	99	99													
PVC	1	1	1	1	1	1													

PATOLOGIAS RECOLECTADAS:

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

SI HACE REFERENCIA A ATENCION DE PARTO Y/O CESAREA ESCRIBA:

Tipo de parto: Normal: ☐ Instrumentado: ☐ Cesárea: ☐ Episiotomía: Sí ☐ No ☐ Desgarro: Sí ☐ No ☐

Revisión Uterina: Sí ☐ No ☐ Sangrado al final del procedimiento: Abundante: ☐ Moderado: ☐ Escaso: ☐

INFORMACION DEL RECIEN NACIDO:

Hora de nacimiento: _____ Producto único: ☐ Múltiple: ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Apgar al minuto: ☐ A los 5 minutos: ☐

Profilaxis RN: _____

NOTAS DE ENFERMERIA:

Ingreso paciente a sala #7 alerta, consciente, orientada, con acceso venoso pero permeable y en silla de ruedas con férula posterior en miembro inferior derecho con vendaje elástico; se ubica en mesa quirúrgica, se monitoriza y se cambia acceso venoso con múltiples punciones 14:20 Dra. Cardona induce anestesia regional con técnica aséptica y antisepsia 14:25 Dra. Piñilla realiza lavado quirúrgico con técnica aséptica y antiséptica de miembro inferior derecho 14:30 Dr. Rodriguez inicia procedimiento quirúrgico 15:20 Dr. Rodriguez finaliza procedimiento quirúrgico sin complicaciones 15:25 Se traslada paciente a sala de recuperación bajo efectos de anestesia regional con acceso venoso permeable y férula posterior con vendaje elástico 15:30 Dra. Piñilla realiza lavado quirúrgico se monitoriza y se pone soporte de miembros inferiores. Chiana Vargas

POST QUIRURGICOS

HORA DE INGRESO: 15+30 DRENAJES: Sonda Vesical ☒ SNG ☒ Ostomías ☒ Drenajes ☒
 Tubo de Tórax (I D) ☒ Tubos en T ☒ Ventriculostomías ☒

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: 1. Lavado quirúrgico + Desbridamiento MIO
 2.
 3.

OXIGENO: Cánula: ☒ Lt. Máscara ☐ Lt. Hood ☐ FiO₂ Traqueostomía: ☐ No. ☐ FiO₂

Intubado ☐ FiO₂ No. de Tubo Orotraqueal ☐ Fijación del tubo ☐ cm.

INGRESA CON DOLOR: Mínimo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo
 Moderado

SIGNOS VITALES										
	Al Ingreso	A los 15 minutos	A la media hora	A los 45 minutos	A los 60 minutos	A la hora y media	A las 2 horas	A las 3 horas	A las 4 horas	
Hora	15+30	15+45	16+00	16+15	16+30	17+00	18+30	19+30	20+30	
TA	142/85	144/85	130/82	140/83	135/42	140/97	126/64	141/86	135/87	
TAM	113	105	103	106	110	108	98	107	103	
P	75	78	69	71	104	104	102	85	80	
T°	36	35.9	35.5	36.4	36	36	36	36.2	36.	
R	20	20	19	19	19	19	19	18	19	
Sat. O ₂	100	100	99	99	97	99	99	93	93	
PVC										



VALORACION ESCALA DE ALDRETE										
Hora		1530	1545	1600	1615	1630	1700	1830	1900	2021
Estado de conciencia										
Completamente despierto	2	/	/	/	/	/	/	/	/	22
Se despierta al llamado	1									
No responde al llamado	0									
Actividad muscular										
Mueve las 4 extremidades	2	/	/	/	/	/	/	/	/	22
Mueve 2 extremidades	1	/	/	/	/	/	/	/	/	
Incapaz de moverse	0									
Respiración										
Respira profundamente y tose	2	/	/	/	/	/	/	/	/	22
Disnea, respiración limitada	1									
Apnea	0									
Circulación										
T.A. ± 20% del nivel preanestésico	2	/	/	/	/	/	/	/	/	22
T.A. ± 21% - 49% del nivel preanestésico	1									
T.A. ± 50% del nivel preanestésico	0									
Color de piel										
Sat. O ₂ > del 92% sin O ₂	2	/	/	/	/	/	/	/	/	22
Sat. O ₂ del 92% con O ₂	1	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sat. O ₂ < del 92% con O ₂	0									
Total		8	10	10	10	10	10	10	10	10

NOTAS DE ENFERMERIA: Ingreso paciente a sala de recuperación electa, consciente, orientado con soporte de oxígeno por cánula, acceso venoso permeable, con férula posterior con vendaje elástico cubriendo herida quirúrgica; se monitoriza en novedad 1530 paciente subvuelto al ambiente 1830 paciente estable Dinamismo positivo 1900 Entrega turno paciente en la Unidad electa, consciente/orientada con acceso venoso

NOTAS DE ENFERMERIA:

Permeable en reposo venda quirúrgica en miembro inferior derecho cubierta con vendaje elástico / gaseosa / klorobiquinto a pupetean, conueta, gnu. alm. en caso van permeable con venda de yeso y vendaje en miembro inferior derecho, idicant y ayudo de sang vitalis. aceite y folem a a gal, 2030 elimina de contano

Responsable:

MENSUS

CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS				V. Oral	Diuresis	ELIMINADOS	
	①	②					②	
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14	1000							
15	500	3000					300	
16	80							
17	80							
18	80							
19	80					700		
TOTAL	1820	3000				700	3000	
20	80				300	500		
21	80							
22								
23								
24								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Total 24 Horas					300	1200	3000	
Total administrados:					Total eliminados:		Balance 24 horas:	
4980					4700			

Nombre del medicamento/Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Firma	No.	Mezcla	Goteo
Heperidina 30ml	IV	hora		14:25		Josmar V	①	Facto Ringer	
Diclofenac 50mg	IV	hora		14:27		Josmar V	②	Leuado	
Cephalosporina 2g	IV	hora		14:00		Josmar V			
Pamitidol	IV			18					
Metoprolol	IV			18					
Tranzel 50mg	IV			18					
Dipirona 2g	IV			18:30					
Cefalosporina 1g	IV	otras		20:00					

Hora de Salida	Anestesiólogo que autoriza	Destino	Nombre de quien entrega

RESPIRATORIO

CIR-F-046

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA			
	DUCHA			
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO			
	DEAMBULACION			
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA			
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA			
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G.			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA			
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
DIETA	NADA VIA ORAL			
	NORMAL			
	BLANDA			
	LIQUIDA			
	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	HIPOGLUCIDA			
	HIPERPROTEICA			
	RENAL			
	PARACENTESIS			
	DESBRIDAMIENTO			
	ASPIRACION			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	MONITORIZACION			
	BURETROL			
	MACRO			
	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP			

TURNO		CANTIDAD	M	T	N
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
		1 LITRO			
	MASCARA	2 LITROS			
		3 LITROS			
	VENTURY	4 LITROS			
		5 LITROS			
ESTADO DE CONCIENCIA	HOOD	6 LITROS			
		7 LITROS			
		ORIENTADO			
		DESORIENTADO			
		CONFUSO			
		DELIRANTE			
PULSOXIMETRIA		INCOMPRESIBLE			
		SOMNOLIENTO			
		INCONSCIENTE			
		SAT O ₂			
	CON OXIGENO	MAÑANA			
		TARDE			
SIN OXIGENO		NOCHE			
		MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
		NORMAL			
		LACERADA			
ESTADO DE LA PIEL		ESCARA			

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: a 1000 por ASI, Formula de yara y lavado cl's. tica de MIA 20h Control y registro de Signos vitales. 23h Suavemente Pacquillo 24h Control y registro de Signos Vitales 3h Pacquillo 4h Control y registro de Signos Vitales. 6 ante glo de la llavidad. 7h Control y registro de Signos vitales. 8h Control y registro de Signos vitales.

FIRMA:

TARDE: y formula de yara de MIA 7h lavado de x

FIRMA:

NOCHE:

FIRMA:



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

CIR 046

FECHA: febrero 21 - 2014

SERVICIO: Tercer piso

HORA INICIO SERVICIO: 7am

CAMA No. 311

HISTORIA CLINICA No. 51849125

NOMBRE: Clara Stella Cruz Diaz

EDAD: 47 años

PESO: 52 kilos TALLA: 1.60 cm EMPRESA: Compensar

DIAGNOSTICO:

- Luxación de la articulación del tobillo
- Fractura del Maleolo Interno
- Fractura del peroneo solamente

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	31/92		120/80	149/91		148/90	131/92		125/90		135/97	
PULSO:	78		72	97		91x1	95		97		113	
RESPIRACION:	18		20	19x1		18x1	20		20		20	
TEMPERATURA:	36.4		36.9	36.2		36.3	36		36		36.2	
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:	TM	104		90	106		100	103		101		108

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

HOJA DE LIQUIDOS

REGISTRO DE MEDICAMENTOS																			HORA DE LIQUIDOS								
NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre	Hora	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS							
	N	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6			I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION				
Dextrosa 50% 1/8h IV	D				Y									Dextrosa	8	100											
Adopercico 75mg 1/12h IV	D				Y									Dextrosa	9	100		300									
celestrolon 1g 1/6h IV	D				Y									Dextrosa	10	100											
Divirona 294 1/12h IV	D		Y						7					Dextrosa	11	100				200							
Divirona 294 1/12h IV	N		Y						7					Dextrosa	12	100		200									
Divirona 294 1/12h IV	D												7	Dextrosa	13	100											
Divirona 294 1/12h IV	N													Dextrosa	14	100											
Enoxaparna 40mg IM	D													Dextrosa	15	100				300							
Alprizidam 0.2mg dia VO	N													Dextrosa	16	100											
	D													Dextrosa	17	100											
	N													Dextrosa	18	100		300		100							
	D													Dextrosa	19	100											
	N													Dextrosa	Total	1200		800		600							
	D													Dextrosa	20	100											
	N													Dextrosa	21	100											
	D													Dextrosa	22	100											
	N													Dextrosa	23	100				200							
	D													Dextrosa	24	100											
	N													Dextrosa	1	100											
	D													Dextrosa	2	100											
	N													Dextrosa	3	100											
	D													Dextrosa	4	100											
	N													Dextrosa	5	100											
	D													Dextrosa	6	100											
	N													Dextrosa	7	100				500							
	D													Dextrosa	Total	2400		800		1100							
	N													Dextrosa	24 Hr.	2400		800		1100							
ORDENES PENDIENTES		LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS																		TOTAL ADMINISTRADOS:				TOTAL ELIMINADOS:			
1		1 lactato Ringer																		3200				1100			
2		2																									
3		3																									
4		4																									
5		5																									
6		6																									
7		7																									
8		8																									
																				TOTAL ADMINISTRADOS:				3200			
																				TOTAL ELIMINADOS:				1100			
																				BALANCE 24 HORAS:				2100			

TRANSFUSIONES:

UNIDADES::

COMPONENTE:

HORA:

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA			
	DUCHA	✓		
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO	✓	✓	✓
	DEAMBULACION			
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA	✓	✓	✓
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA			
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA	✓	✓	✓
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
DIETA	NADA VIA ORAL			
	NORMAL	✓	✓	
	BLANDA			
	LIQUIDA			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
	HIPOGLUCIDA			
	HIPERPROTEICA			
	RENAL			
	PARACENTESIS			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	DESBRIDAMIENTO			
	ASPIRACION			
	MONITORIZACION			
	BURETROL			
MACRO	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP.			

TURNO		CANTIDAD	M	T	N
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
		1 LITRO			
	MASCARA	2 LITROS			
		3 LITROS			
	VENTURY	4 LITROS			
		5 LITROS			
	HOOD	6 LITROS			
ESTADO DE CONCIENCIA		7 LITROS			
		ORIENTADO	✓	✓	✓
		DESORIENTADO			
		CONFUSO			
		DELIRANTE			
		INCOMPRESIBLE			
PULSOXIMETRIA		SOMNOLIENTO			
		INCONSCIENTE			
		SAT O ₂	98		
	CON OXIGENO	MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
SIN OXIGENO		MAÑANA	✓		
		TARDE			
		NOCHE			
		NORMAL	✓	✓	✓
		LACERADA			
		ESCARA			
ESTADO DE LA PIEL					

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: Hoy recibo paciente en cama Servicio de hospitalización sin soporte de oxígeno con buen patrón respiratorio con piel íntegra despierta y orientada. No refiere dolor alguno con presencia en pie de herida quirúrgica cubierta con algodón laminado y vendaje elástico paciente al tacto no presenta dolor. Hoy se realiza toma de signos vitales encontrándose en los parámetros normales. Hoy paciente desayuna por sus propios medios no presenta náusea ni vómito. Paciente queda en cama con medidas de seguridad instaladas tranquila. 12:00 de

F. Loraire Inham Vega G.
Auxiliar
C.C. 1.018.442.33

TARDE: realiza toma de signos vitales encontrándose en los parámetros normales queda en compañía de familiar 13:00 entrega paciente en cama sin soporte ventilatorio con buen patrón respiratorio con acceso venoso permeable pasando líquidos ordenados con herida quirúrgica cubierta con algodón laminado y vendaje elástico sin presencia de sangrado. 13:00 recibo paciente en la unidad enferma con cliente con acceso venoso permeable suturando la herida con vendaje elástico. 14:00 control de signos vitales, 15:00

F. Loraire Inham Vega G.
Auxiliar
C.C. 1.018.442.33

NOCHE: valoración médica 16:00 cuidados generales de enfermería, 18:00 control de signos vitales, 18:30 paciente recibe dieta aceptada tolera vía oral 19:00 entrega paciente en la unidad enferma con acceso venoso permeable. Procedimiento Quirúrgico mañana. 19:00 recibo paciente en cama despierta alerta orientada. No refiere dolor alguno. herida quirúrgica permeable pasando líquidos al tacto al tacto.

F. Loraire Inham Vega G.
Auxiliar
C.C. 1.018.442.33



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

FECHA:

Feb. 20 / 14

SERVICIO:

3 Piso

HORA INICIO SERVICIO:

CAMA No. 311

HISTORIA CLINICA No. 51849125

NOMBRE:

Clara Stella Cruz Diaz

EDAD:

47 años

PESO:

52 Kg

TALLA:

1.60

EMPRESA:

Compensar

DIAGNOSTICO:

Tractora del maleolo interno + Fractura de Perone

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	133/88		141/92	138/83		140/81	138/80		127/83		126/79	
PULSO:	116		115	109		114	104		92		82	
RESPIRACION:	20		21	19		20	18		19		19	
TEMPERATURA:	36		36.2	36		36.2	36.4		35.9		36.2	
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:	103		107	101		100	103		96		91	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
	N	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Paracetamol 50mg/8h IV	D			X									Paracetamol
Dipiridamol c/6h IV	D			X									Dipiridamol
Diclofenaco 75mg c/6h IV	D			X									Diclofenaco
Cefalotina 1g c/6h IV	D	X											Cefalotina
Amprriptilina 25mg c/12h VO	D												Amprriptilina
Eroxon na 40mg dia	D			X									Eroxon
Alproclon 0.25mg noche	D												Alproclon
Tramadol 50mg c/6h IV	D												Tramadol
	D												
	N												
	D												
	N												
	D												
	N												

HOJA DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8	100		200					
9	100				200			
10	100							
11	100							
12	100				200			
13	100		250					
14	100							
15	100							
16	100							
17	100							
18	100		200		300			
19	100							
Total	1200		650		700			
20	100							
21	100							
22	100							
23	100							
24	100							
1	100							
2	100							
3	100							
4	100							
5	100							
6	100							
7	100							
Total 24 Hr.	2400		650		900			

ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1	U. Ringer
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	

TOTAL ADMINISTRADOS:

3050

TOTAL ELIMINADOS:

900

BALANCE 24 HORAS:

2150

TRANSFUSIONES:

UNIDADES::

COMPONENTE:

HORA:

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA			
	DUCHA			
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO	XX		
	DEAMBULACION			
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA	XX		
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA			
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA	XX		
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
	NADA VIA ORAL			
DIETA	NORMAL	XX		
	BLANDA			
	LIQUIDA			
	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
	HIPOGLUCIDA			
	HIPERPROTEICA			
	RENAL			
	PARACENTESIS			
	DESTRIDAMIENTO			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	ASPIRACION			
	MONITORIZACION			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	BURETROL			
	MACRO			
	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP.			

TURNO		CANTIDAD	M	T	N
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
		1 LITRO			
	MASCARA	2 LITROS			
		3 LITROS			
	VENTURY	4 LITROS			
		5 LITROS			
	HOOD	6 LITROS			
ESTADO DE CONCIENCIA		7 LITROS			
		ORIENTADO	XX		
		DESORIENTADO			
		CONFUSO			
		DELIRANTE			
		INCOMPRESIBLE			
PULSOXIMETRIA		SOMNOLIENTO			
		INCONSCIENTE			
		SAT O ₂			
CON OXIGENO		MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
SIN OXIGENO		MAÑANA			
		TARDE			
		NOCHE			
		NORMAL	XA		
ESTADO DE LA PIEL		LACERADA			
		ESCARA			
		Venda en (MS)			
		MII			

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: Jam. Paciente en la unidad consciente, alerta con línea permeable, 8h control y registro de signos vitales, valoración médica, 9h control de la unidad, 10h cuidados de enfermería, paciente demasiado ansioso se ausa a médica de turno quien calora paciente, 11h se cumplen ordenes 12h control y registro de signos vitales 13h entrega paciente alerta con línea periférica permeable.

FIRMA: Soraya M. Celis
Aux. Enfe
C.C. 52.700.000

TARDE: Nuevo lacado en 72 horas
13+00 recibo paciente en la unidad alerta consciente orientada, con acceso venoso permeable paciente ansioso, 14+00 control de signos vitales 15+00 valoración médica, 16+00 cuidados de enfermería, 17+00 visita de familiares, 18+00 control de signos vitales, 18+30 paciente recibe dieta aceptor tolera via oral 19+00 entrega paciente en la unidad alerta consciente con acceso venoso permeable saturando al medio 11/11/11

FIRMA: Mardela Vofama R2
Aux. Enfermería
C.C. 1015447169

NOCHE: 19+00 Paciente en la unidad consciente, alerta, orientado con acceso venoso permeable 20+00 control y registro de signos vitales, 22+00 control y cuidados de enfermería, 24+00 control y registro de signos vitales 02+00 control y registro de enfermería signos vitales 06+00 control de la unidad, 07+00 paciente alerta entrega paciente en la unidad consciente, alerta, orientado, con acceso venoso permeable, saturando al medio

FIRMA: Anderson Ramirez



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

FECHA: 19-02-14

SERVICIO: 3a. P. R.

HORA INICIO SERVICIO:

CAMA No.

HISTORIA CLINICA No. 5184018

NOMBRE: Clara Stella Cruz Diaz

EDAD: 47 años

PESO: 52 kg

TALLA:

EMPRESA: Cooperace

DIAGNOSTICO: Aumento de Quirúrgico
Extracción de cuerpo extraño en HIDA

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:							139/90		131/92		127/87	
PULSO:							105		101		102	
RESPIRACION:							20		20		20	
TEMPERATURA:							36		36.4		36.5	
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:							104		104		99	

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
	N	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	
Bambu de 500 mg	D													Bambu
	N													
Melo de 100 mg	D													Melo
	N													
Anaestesia 500 mg	D													Anaestesia
	N													
Spirona 250 mg	D													Spirona
	N													
Diclofenac 75 mg	D													Diclofenac
	N													
Cefazolin 1g	D													Cefazolin
	N													
HBP 400 mg SC	D													HBP
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													

HOJA DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
Total								
20								
21								
22								
23								
24								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Total 24 Hr.								



ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8

TOTAL ADMINISTRADOS:

4000

TOTAL ELIMINADOS:

1800

BALANCE 24 HORAS:

2200

TRANSFUSIONES:

UNIDADES:

COMPONENTE:

HORA:

RESPIRATORIO

CIR-F-046

TURNO		M	T	N
BAÑO	CAMA			
	DUCHA			
	GENITAL			
ACTIVIDAD	REPOSO			
	DEAMBULACION			
	CAMB. POSICION			
	FISIOTERAPIA			
VENOPUNCION	INFILTRADA			
	FLEBITIS			
	CATETER HEPARI.			
	LINEA PERIFERICA			
HERIDA QUIRURGICA	ABIERTA			
	CERRADA			
	HEMORRAGIA			
	INFLAMACION			
	LIMPIA			
	SECRECION			
CLASES DE DRENAJE	S.N.G.			
	S. VESICAL P/I			
	TORACOSTOMIA			
	TUBO EN T.			
	ESPONTANEO			
CARACTERISTICAS ORINA	ESPONTANEA			
	COLURIA			
	HEMATURIA			
	SEDIMENTO			

TURNO		M	T	N
VOMITO	ALIMENTARIO			
	BILIOSO			
	HEMATEMESIS			
DEPOSICION	NORMAL			
	DIARREICA			
	ENTERORRAGIA			
	MELENAS			
DIETA	NADA VIA ORAL			
	NORMAL			
	BLANDA			
	LIQUIDA			
	ASTRINGENTE			
	HIPOSODICA			
	HIPOGLUCIDA			
	HIPERPROTEICA			
	RENAL			
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	PARACENTESIS			
	DESRIDAMIENTO			
	ASPIRACION			
	MONITORIZACION			
CAMBIO DE EQUIPOS (PROFILAXIS)	BURETROL			
	MACRO			
	JELCO			
	VENTURY			
	CATETER HEP.			

TURNO		CANTIDAD	M	T	N
OXIGENO	CANULA	1/2 LITRO			
		1 LITRO			
	MASCARA	2 LITROS			
		3 LITROS			
	VENTURY	4 LITROS			
		5 LITROS			
HOOD		6 LITROS			
		7 LITROS			
ESTADO DE CONCIENCIA		ORIENTADO			
		DESORIENTADO			
		CONFUSO			
		DELIRANTE			
		INCOMPRESIBLE			
		SOMNOLIENTO			
PULSOXIMETRIA		SAT O ₂			
CON OXIGENO	MAÑANA				
	TARDE				
	NOCHE				
SIN OXIGENO	MAÑANA				
	TARDE				
	NOCHE				
ESTADO DE LA PIEL	NORMAL				
	LACERADA				
	ESCARA				

Forma y se MID

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

MAÑANA: 01 llega paciente de Seles de Cerecra, en Capilla deprosta, culeta, conoestaghi. 02 llega paciente poroestaghi y Froule de yaso con MID. 03 llega paciente y registro de Signos Vitales. 23h paciente y estado no duerme. 24h Control y registro de Signos Vitales. 3h paciente duerme a intervalos. 4h Control y registro

FIRMA:



TARDE: 6 Signos Vitales. 6 isce en ducha con registro de la temperatura. 7 Controla paciente con Signos Vitales y forma con MID. - con

FIRMA:

NOCHE:

FIRMA:

POST QUIRURGICOS

HORA DE INGRESO: 9:30 DRENAJES: Sonda Vesical SNG Ostomías Drenajes

Tubo de Tórax (I D) Tubos en T Ventriculostomías

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: 1. (Luxo Fractura Pie) Wado quirurgico.
2. extracción de cuerpo extraño en miembro
3. Infer derecho

OXIGENO: Cánula: 2 Lt. Máscara Lt. Hood FIO₂ Traqueostomía: No. FIO₂

Intubado FIO₂ No. de Tubo Orotraqueal Fijación del tubo cm.

INGRESA CON DOLOR: Mínimo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo Moderado

SIGNOS VITALES													
	Al Ingreso	A los 15 minutos	A la media hora	A los 45 minutos	A los 60 minutos	A la hora y media	A las 2 horas	A las 3 horas	A las 4 horas				
Hora	9:30	9:45	10:00	10:15	10:30	11:00	11:30	12:30	13:30	14:30	15:30	16	18
TA	133/84	122/83	134/86	124/89	122/77	121/81	123/84	121/79	116/83	112/82	120/86	142/91	135/92
TAM	96	95	99	100	89	95	95	92	93	93	81	100	86
P	84	87	84	86	80	85	84	96	101	101	92	91	92
T°	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36.5	36.5	36.5
R	18	18	18	18	19	19	19	19	19	19	18	18	18
Sat. O ₂	95	95	94	99	99	99	99	99	99	99	92	92	92
PVC													

VALORACION ESCALA DE ALDRETE:													
Hora	9:30	9:45	10:00	10:15	10:30	11:00	11:30	12:30	13:30	14:30	15:30	16:30	17:30
Estado de conciencia													
Completamente despierto	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se despierta al llamado	1												
No responde al llamado	0												
Actividad muscular													
Mueve las 4 extremidades	2												
Mueve 2 extremidades	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Incapaz de moverse	0												
Respiración													
Respira profundamente y tose	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Disnea, respiración limitada	1												
Apnea	0												
Circulación													
T.A. ± 20% del nivel preanestésico	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.A. ± 21% - 49% del nivel preanestésico	1												
T.A. ± 50% del nivel preanestésico	0												
Color de piel													
Sat.O ₂ > del 92% sin O ₂	2												
Sat.O ₂ del 92% con O ₂	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sat.O ₂ < del 92% con O ₂	0												
Total	8	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10	8/10

NOTAS DE ENFERMERIA: 9:30 Ingreso paciente a temperatura elevada alerta bajo efectos de anestesia regional. Se mantienen Se inician ordenes medicas 11:00 paciente estable con constantes 13:00 Queta paciente en camilla consciente alerta con acceso venoso perfusión cubierta hemodinamicamente estable. 2. Yamaira Castellanos 3. 13:00 recibe paciente en recuperación consciente alerta con constantes.

NOTAS DE ENFERMERIA: con acceso venoso por meale con herida quirurgica limpia y seca cubierta con curula de yeso 14 paciente en respiracion asistida (hidratada broncopatm aspratorio, segun con don amebas, peleal de yeso y con dge clatico Hicmbro de pcor, dredus, pie 12941 con las crasms 20 + 00 rehs loda pcornti Habitam 811 con segun con du con os pcornti Responsable: Isabel Santauky

CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	(1)		(4)	V. Oral	Diuresis	(4)		
8	500							
9	1000							
10	500		7500			7500		
11	100							
12	100							
13	100				400			
14	100							
15	100							
16	100							
17	100							
18	100				400			
19	100							
TOTAL	2900		7500		800	7500		
20	100							
21								
22								
23								
24								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Total 24 Horas	3000		7500		800	7500		

Total administrados: 3000 Total eliminados: 800 Balance 24 horas: 2200

Nombre del medicamento/Dosis	Via	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Firma	No.	Mezcla	Goteo
CEFTRIAXONA 1g	iv	A hora			0611	Isabel Santauky	(1)	lactato Ringer	
Tramadol 100mg	iv	a hora	9:00	18		Sandra Claus			
mito (lopanida 10mg)	iv	a hora	9:05	18		Sandra Claus			
Oxycodone 5mg	iv	a hora	9:50		22	Isabel Santauky			
Martidol 10mg	iv	a hora	10:00	18		Isabel Santauky	(4)	lavado qv 550	
Dipiridaz 2g	iv	a hora	10:00		16	Isabel Santauky			
Ceftriaxona 1g	iv	alv		14	20	Isabel Santauky			
Dipiridaz 2g	iv	alv			22	Isabel Santauky			
Enoxaprima 40mg	sc	alv			22	Isabel Santauky			

Hora de Salida	Anestesiologo que autoriza	Destino	Nombre de quien entrega
		311	



REGISTRO DE ENFERMERIA SALAS DE CIRUGIA

CIR-F-046

Fecha: 19-02-14

Hora de Ingreso: 06:30

Procedencia: Programada

Nombre: Clara Stella Cruz Cruz

No. de Historia Clínica: 518410125

EPS: Compensar

Edad: 47

Sexo: F

Hemoclasiación: A RH: No sabe

Peso: 52 Kg

INFORMACION PREQUIRURGICA

Diagnóstico de Ingreso: 1. Fractura de Húmero Interior

2.

3.

PREPARACION DEL PACIENTE:

Ultima ingesta de alimentos: Hora 8 pm

Trae exámenes de laboratorio: Sí ☒ No ☐ y Radiología: Sí ☒ No ☐Consentimiento informado diligenciado y firmado: Sí ☒ No ☐Tiene valoración pre-anestésica: Sí ☒ No ☐Reserva sangre: Und. Requiere oxígeno: Sí ☐ No ☒ Cánula: Venturi: Ventilación mecánica:Con preparación especial: Sí ☒ No ☐ ¿Cuál? AyunoACCESO VENOSO: Central Periférico ☒ Localización MSNo. de Yelco Permeable: Sí ☒ No ☐

DRENAJES: Sonda Vesical Sonda Nasogástrica Ostomías Drenajes

Tubo Tórax Tubo en T Ventriculostomía

SIGNOS VITALES (CADA HORA DESDE EL INGRESO)

Hora	06:40								
TA	139/94								
TAM	105								
P	88								
T°	36.5								
R	17								
Sat. O ₂	92.1								
PVC	—								
Fetocardia	—								
Movimientos fetales	—								

Hora de traslado a Sala de Cirugía:

NOTAS DE ENFERMERIA: Ingresó paciente a sala de cirugía, consciente, alerta, normoalada, con buen patrón respiratorio, con vendaje en miembro inferior derecho se ubicó en unidad, se toman y registran signos vitales, se canaliza vena so venoso permeable, se prepara paciente para cirugía (Anad) //



Ana M. Devia
Aux. Enfermería
C.C. 7.014.240.131

Nombre del responsable:

PERIOPERATORIO

Hora de ingreso a Sala: 7+00

Anestesiólogo: doctor Perez

Cirujano: doctora Alvarado

Ayudante: doctor Orjuela

Instrumentadora: Alexandra

HORA DE INICIO DE ANESTESIA: 7+40

Tipo de Anestesia: Regional: ☒ General: ☐ Local: ☐ Bloqueos: ☐ Peridural: ☐

Lavado de área quirúrgica realizado por: 7+50 doctor Orjuela

No. de compresas de inicio: _____ Recuento final: _____

Hora de inicio de la Cirugía: 8+00

7+55 doctora Alvarado Punción
7+20 doctora Alvarado Punción

SIGNOS VITALES INTRAOPERATORIOS:

Cada 15 minutos desde el inicio de la anestesia o según orden médica:

Hora	7+50	8+05	8+20	8+35	8+50	9+05						
TA	124/79	123/78	116/82	127/82	100/69	131/80						
TAM	93	88	92	90	72	93						
P	73	62	75	60	80	60						
T°	36	36	36	36	36	36						
R	19	19	19	19	19	19						
Sat. O ₂	99%	100%	100%	99%	93%	99%						
PVC	5	5	5	5	5	5						

PATOLOGIAS RECOLECTADAS:

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

SI HACE REFERENCIA A ATENCION DE PARTO Y/O CESAREA ESCRIBA:

Tipo de parto: Normal: ☐ Instrumentado: ☐ Cesárea: ☐ Episiotomía: Sí ☐ No ☐ Desgarro: Sí ☐ No ☐

Revisión Uterina: Sí ☐ No ☐ Sangrado al final del procedimiento: Abundante: ☐ Moderado: ☐ Escaso: ☐

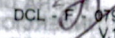
INFORMACION DEL RECIEN NACIDO:

Hora de nacimiento: _____ Producto único: ☐ Múltiple: ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Apgar al minuto: ☐ A los 5 minutos: ☐

Profilaxis RN: _____

NOTAS DE ENFERMERIA: Ingreso paciente a sala #2 consciente, alerta, orientada, con acceso venoso permeable, se ubica en mesa quirúrgica se monitoriza. 7+40 doctor Perez induce anestesia regional sin complicación. 7+50 doctor Orjuela realiza lavado de área quirúrgica con previa asepsia y antisepsia. 8+00 doctora Alvarado inicia procedimiento quirúrgico. 9+20 Finaliza procedimiento doctora Alvarado desando herida limpia y limpia. Ferida de yero en miembro inferior derecho. 9+30 se frustada paciente para recuperación bajo efectos de anestesia regional. Ferida de yero en miembro inferior izquierdo.

Nombre del responsable: Sandra Forero



[illegible]



ESCALA DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS APLICADA A PACIENTES CON ATENCION HOSPITALARIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Clara Stella CruzEDAD: 43

No. CAMA:

SERVICIO: Salas de Cirugía

PUNTAJE:

CLASIFICACION DEL RIESGO	INDICACION DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN APLICA LA ESCALA
RIESGO BAJO ☐ Puntaje de 0 a 2 (0-2)	SI ☐ NO ☐	NOMBRE: <u>Ana M. Devin</u>
RIESGO ALTO ☐ Puntaje mayor a 2 (3→)		CARGO: <u>Aux. Enfermería</u> <u>C.C. 1014.240.132</u>

SUMAR UN PUNTO POR CADA ITEM CON ASTERISCO

SI LA CLASIFICACION DEL RIESGO CAMBIA, SE DEBE DILIGENCIAR UNA NUEVA ESCALA

Referencia: Tomado de la escala de J.H. Town, 1993.

EDAD	MAYOR O IGUAL A 60 AÑOS Y MENOR DE 6 AÑOS	1
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI*	1
MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES INDUCTORES DEL SUEÑO	1
	DIURETICOS	1
	ANALGESICOS OPIOIDES	1
	HIPOTENSORES (NO DIURETICOS)*	1
	ANTIPARKISONIANOS*	1
	ANTIDEPRESIVOS*	1
	ANTICONVULSIONANTES*	1
	HIPOGLICEMIANTE	1
	ANTICOAGULANTES	1
	DEFICIENCIAS SENSORIALES	NINGUNA
ALTERACIONES VISUALES		1
ALTERACIONES AUDITIVAS		1
ANESTESIA EXTREMIDADES. HEMIPLEJIA - HEMIPARESIA		1
ESTADO MENTAL Y NIVEL DE CONCIENCIA	ALERTA - ORIENTADO	0
	DESORIENTADO	1
	CONFUSO*	1
	AGITACION PSICOMOTORA*	1
MARCHA Y DEAMBULACION	NORMAL	0
	UTILIZA SOPORTE (BASTON, MULETA, CAMINADORES)	1
	INSEGURA CON / SIN AYUDA*	1
	IMPOSIBLE	1
SITUACIONES CLINICAS	POST-OPERATORIO INMEDIATO	1
	SINDROME CONVULSIVO	1
	HIPOGLICEMIA	1
	HIPOENSION	1
	ALTERACION RESPIRATORIA	1
	MEDIOS INVASIVOS (TUBOS, SONDAS, CATETERES) <u>Jelco #18</u>	1
	ARRITMIAS CARDIACAS	1
	DOLOR EN CUALQUIER AREA ANATOMICA	1
	HIPOXEMIA	1
	EDEMA EN EXTREMIDADES	1
	INCAPACIDAD PARA LA COMUNICACION VERBAL*	1
TOTAL		





RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-780688

Paciente: CLARA STELLA CRUZ DIAZ

Edad: 37 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2014-02-26 04:57

Servicio: HOSPITALIZACION 3 PISO

No ORDEN: 201402260302

Historia: 51849125

Teléfono: 3163980170

Fecha de impresion: 2014-02-26 05:56

Cama: 303

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

RECUENTO DE LEUCOCITOS	9.91 x10 ³ /uL	*	5.10 - 9.70
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
NEUTROFILOS %	63.60 %		39.60 - 64.60
LINFOCITOS %	19.30 %	*	20.70 - 39.60
MONOCITOS %	10.40 %		4.40 - 12.60
EOSINOFILOS %	5.50 %	*	1.00 - 3.90
BASOFILOS %	1.20 %	*	0.01 - 1.00
NEUTROFILOS Abs	6.30 x10 ³ /uL		1.40 - 6.50
LINFOCITOS Abs	1.91 x10 ³ /uL		1.20 - 3.40
MONOCITOS Abs	1.03 x10 ³ /uL	*	0.00 - 0.70
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
EOSINOFILOS Abs	0.55 x10 ³ /uL		0.00 - 0.70
BASOFILOS Abs	0.12 x10 ³ /uL		0.00 - 0.20
RECUENTO DE ERITROCITOS	3.66 x10 ⁶ /uL	*	3.90 - 4.50
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
HEMATOCRITO	28.8 %	*	38.0 - 47.0
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
HEMOGLOBINA	9.00 g/dl	*	12.00 - 15.50
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
MCV	78.7 fl	*	80.0 - 100.0
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
MCH	24.6 pg	*	27.0 - 34.0
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
MCHC	31.3 g/dl	*	31.5 - 35.0
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
RDW	21.00 %	*	11.00 - 15.00
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
RECUENTO TOTAL DE PLAQUETAS	640 x10 ³ /uL	*	150 - 450
SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.			
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MPV	9.5 fl		6.4 - 13.0
RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL	-		



CRUZ DIAZ CLARA STELLA Orden: 201402260302

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

HEMATOLOGIA

TIEMPO DE PROTROMBINA INR

Resultado: 13.90 seg

MEDIA POBLACIONAL: 14.6 SEG

METODO: NEFELOMETRIA CENTRIFUGA

INR

Resultado: 1.01

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA

Resultado: 24.40 seg

CONTROL DE DIA : 28.7 SEG

METODO: NEFELOMETRIA CENTRIFUGA

Bacteriólogo: LEIDY JOHANA ROBAYO PERILLA . Tp: 52738585



CRUZ DIAZ CLARA STELLA Orden: 201402260302

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

CLINICA PARTENON
INFORME DE MICROBIOLOGIA

Laboratorio de Clinico
Seccion de Microbiologia

Calle 74 No 76-65 ----- Teléfono: 4306767 Ext.116 y 117

Reimpresión

Fecha Impresión: 22/02/2014

Hora: 10:00

Pág.: 1

Id.:0051849125 Sr. **CRUZ DIAZ CLARA STELLA**

Sexo M

Procedencia: cir Cirugia

Fec.Nacim.: 17/11/1966 Edad: 47 Años

Rutina

Solicitud: 21939584

19/02/2014 Hora: 11:20

SECRECION TIBIA

Cultivo de Germen Comunes

Maleolo tibia

1 **Enterobacter cloacae ssp cloacae**

Abundante Crecimiento

Se observa la presencia de un germen posible productor de betalactamasas inducibles tipo Ampc , no se recomienda el uso de ningun antibiotico del grupo de las Cefalosporinas

Antibiograma

ANTIBIOTICOS	MIC	I
Amikacina	<=2	S
Cefepime	<=1	S
Cefoxitina	>=64	R
Ceftazidima	<=1	S
Ceftriaxona	<=1	S
Ciprofloxacina	<=0,25	S
Doripenem	<=0,12	S
Ertapenem	<=0,5	S
Gentamicina	<=1	S
Imipenem	<=0,25	S
Meropenem	<=0,25	S
Piperacilina/Tazobactam	<=4	S
Tigeciclina	2	S

S=Sensible, R=Resistente, I=Intermedio



Firma del responsable:

2618025 C.C. 52309192
enbue
1992
1992
1992

[Handwritten signature]

CLINICA PARTENON
INFORME DE MICROBIOLOGIA

Laboratorio de Clinico
Seccion de Microbiología

Calle 74 No 76-65 ----- Teléfono: 4306767 Ext.116 y 117

Reimpresión

Fecha Impresión: 22/02/2014

Hora: 10:00

Pág.: 1

Id.:0051849125 Sr. **CRUZ DIAZ CLARA STELLA**

Sexo M

Procedencia: cir Cirugia

Fec.Nacim.: 17/11/1966 Edad: 47 Años

Rutina

Solicitud: 21939604

19/02/2014 Hora: 11:22

SECRECION perone

Cultivo de Germen Comunes

Maleolo perone

1 Enterobacter cloacae ssp cloacae

Abundante Crecimiento

Se observa la presencia de un germen posible productor de betalactamasas inducibles tipo Ampc, no se recomienda el uso de ningun antibiotico del grupo de las Cefalosporinas

Antibiograma

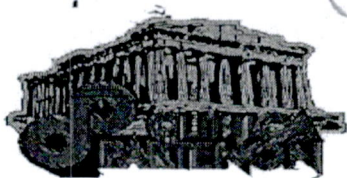
ANTIBIOTICOS	MIC	I
Amikacina	≤2	S
Cefepime	≤1	S
Cefoxitina	≥64	R
Ceftazidima	≤1	S
Ceftriaxona	≤1	S
Ciprofloxacina	≤0,25	S
Doripenem	≤0,12	S
Ertapenem	≤0,5	S
Gentamicina	≤1	S
Imipenem	≤0,25	S
Meropenem	≤0,25	S
Piperacilina/Tazobactam	≤4	S
Tigeciclina	2	S

S=Sensible, R=Resistente, I=Intermedio



Firma del responsable:

[Handwritten signature]



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO:

Paciente: CLARA STELLA CRUZ DIAZ

Edad: 37 Años

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2014-02-19 10:32

Servicio: CIRUGIA AMBULATORIA

No ORDEN: 201402193958

Historia: 51849125

Teléfono: 3163980170

Fecha de impresion: 2014-02-21 09:28

Cama:

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

MICROBIOLOGIA

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS

Resultado:

POSITIVO

MALEOLO MEDIAL TIBIA:

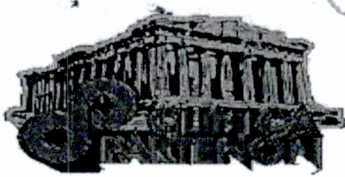
INFORME PRELIMINAR A LAS 24 HORAS DE INCUBACION CON ABUNDANTE CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEGATIVOS , IDENTIFICACION Y ANTIBIOGRAMA EN PROCESO

Bacteriólogo: CLAUDIA ELENA CHICA HOYOS . Tp: 43518172

Medico: Claudia Elena Chica Hoyos
R.M. 10-00001012
Código: 101-00001012

CRUZ DIAZ CLARA STELLA Orden: 201402193958

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO:

Paciente: CLARA STELLA CRUZ DIAZ

Edad: 37 Años

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2014-02-19 10:32

Servicio: CIRUGIA AMBULATORIA

No ORDEN: 201402193960

Historia: 51849125

Teléfono: 3163980170

Fecha de impresion: 2014-02-21 09:30

Cama:

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

MICROBIOLOGIA

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS

Resultado:

POSITIVO

MALEOLO DE PERONE:

INFORME PRELIMINAR A LAS 24 HORAS DE INCUBACION CON ABUNDANTE CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEGATIVOS, IDENTIFICACION Y ANTIBIOGRAMA EN PROCESO

Bacteriólogo: CLAUDIA ELENA CHICA HOYOS . Tp: 43518172



Claudia Elena Chica Hoyos
Médico - Cirujano General
R.M. 03-0561012

CRUZ DIAZ CLARA STELLA Orden: 201402193960

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE:

CLARA STELLA CROZ

HISTORIA CLINICA No.

51849125

COMP

CAMA No

303

ORIGEN ENFERMEDAD:

Enfermedad Común

☐ Enfermedad Ocupacional☐ Accidente de Trabajo☐ Enfermedad o accidente de posible origen ocupacional

FECHA:

HORA

FIRMA

FEB. 24

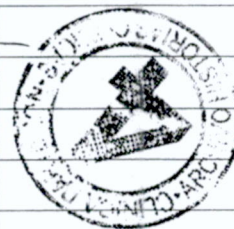
114

Pate de 47a de edad con Dx Mx
Frx abierta de tobillo pierna
dorsal + osteosíntesis de Frx tobillo -
Se encuentra con vendaje bulboso
y férula posterior con movilidad
de dedos - no refiere dolor -
conserva arcos de movilidad -
presenta debilidad de miembro
inferior izquierdo - en Rx se
evidencia frx de 2º y 4º dedo
del pie izquierdo - fuerza de 4/5
limitando la movilidad - Tratamiento
dirigido a conservar arcos de movi-
dad - deambulación y portulecumen-
to - evitando el descondicionamien-
to físico - Se realizan ejercicios
activos - libres de flexo - extensión
de rodilla y dedos - isométricos
de cuádriceps - dorso y planta-
flexión - elevación de miembro
inferior - Finalizo sus aceptación
y en compañía de familia -

24 febreru

2014

paciente en silla de la habitación, en compañía de la hija, en buenas condiciones generales, Inicio terapia física realizando ejercicios de miembros superiores flexión Abducción, adducción de hombro flexión extensión codo 2 series, 10 repeticiones isométricos de cuádriceps, ejercicios libres - activos de flexo - extensión de rodillas, dorsiflexión y plantiflexión 2 series 10 repeticiones, finalizo sin



Alicia E. Garavito
FISOTERAPISTA
C.C. 50.879.474
U.M.B.

EVOLUCION MEDICA

DCL-F-011
Versión 2



NOMBRE DEL PACIENTE:

HISTORIA CLINICA No.

CAMA No.

ORIGEN ENFERMEDAD: ☐ Enfermedad Común ☐ Enfermedad Ocupacional ☐ Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad o accidente de posible origen ocupacional

FECHA:	HORA:		FIRMA
		Complicaciones, deo paciente sentado en silla de la habitación, en compañía de familiares	L. ... Adriana ...
FEB. 25	114	Pate con familiares - Se realizan ejercicios activos - libres de miembros superiores e inferiores 3 series x 10 repeticiones - estiramientos globales - flexo - extensión de rodilla - dorsiflexión y plantiflexión isométricos de cuádriceps - Furliz se aceptación	Alicia ... C.C. 1014178254
25 FEB 14	14+30	paciente en cama se inicia intervención con la realización de ejercicios con cambio de posición, con sedente adoptando se continúa con cambio de posicionamiento y realizando desplazamiento de cama a la silla, se realizan cargas de peso en miembros inferiores, entrenamiento con muletas y Bipedo de manera asistida con terapia física, realiza y acepta los procedimientos sin complicaciones	Alicia ... C.C. 52.375.474 U.M.B.
FEB. 26	114	Pate se realiza ejercicios de flexo - extensión de rodilla - dorsiflexión y plantiflexión estiramientos globales - isométricos de cuádriceps - movimientos voluntarios - Furliz se aceptación	Alicia E. Garavito G. FISIOTERAPEUTA C.C. 52.375.474 U.M.B.



NOMBRE DEL PACIENTE:

CARA STELLA CORZ

HISTORIA CLINICA No.

51849125

CORP

CAMA No.

303

ORIGEN ENFERMEDAD:

☐ Enfermedad Común☐ Enfermedad Ocupacional☐ Accidente de Trabajo☐ Enfermedad o accidente de posible origen ocupacional

FECHA:

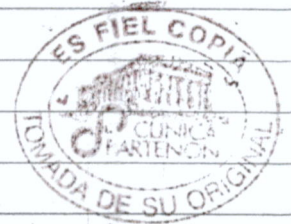
HORA

FIRMA

7 FEB. 27/14

9:30 am

Paciente con familiar - Se encuentra con POP de reducción de peroné derecho por fractura y fijación de metalómedial - (se) presenta vendaje buftoso - No presenta dolor - Se realizan ejercicios activos - libros de miembros superiores e inferiores 3 series x 10 repeticiones - dorsos y plantiflexión - pométricos de cuádriceps - ABD de cadera - elevación de miembros inferior - Finalizo sin complicación



27-feb-14

14+45

Paciente en cama, en buenas condiciones, le realice entrenamiento de marcha con muletas, levantado de achuos libre de wello de pie bilateral. le realice diagonal de Karbach y le realice con tubo neumático con miembros superiores — 1

Sandra Panameva H.
FISIOTERAPEUTA
RP. 019388



[illegible]



REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

(303). 28-20

GR-E-046

FECHA: 27-02-14

SERVICIO: Toron piso

HORA INICIO SERVICIO: 7:00 am

CAMA No. 303

HISTORIA CLINICA No. 17849125

NOMBRE: Clara Stella Cruz Diaz

EDAD: 47 Años

PESO: 52

TALLA: 1.60 m

EMPRESA: Compusor

DIAGNOSTICO:

Enfermedad General

CONSTANTES VITALES

HORA:	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
T/A:	117/81		121/84	121/67		130/70	127/69					
PULSO:	100		110	104		100	98					
RESPIRACION:	22		20	20		20	20					
TEMPERATURA:	36.5		36.4	36.5		36.1	36					
GLUCOMETRIA:												
FETOCARDIA:	93		90	81		80	90					

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/ DOSIS/VIA/FRECUENCIA	D	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Nombre
ASBAM 40mg C/Om. SC	N	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	Diana
Ertapenem 1g IV C/2.	D													Jennica
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													
	D													
	N													

HOJA DE LIQUIDOS

Hora	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
	I.V.	I.V.	ORAL SONDA	IRRIGA OTROS	S.V. ORINA	VOMI. SNG	DRE- NAJE	DEPO- SICION
8	80		300					
9	80				300			
10	80							
11	80							
12	80		300		1100			
13	80							
14	80							
15	80							
16	80				300			
17	80							
18	80		300					
19	80							
Total	960		900		1000			
20								
21								
22								
23								
24								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Total 24 Hr.								



ORDENES PENDIENTES

LIQUIDOS INTRAVENOSOS ORDENADOS

1	1	Ringer lactato
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	

TOTAL ADMINISTRADOS:

TOTAL ELIMINADOS:

BALANCE 24 HORAS:

TRANSFUSIONES:

UNIDADES:

COMPONENTE:

HORA:

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

FIRMA: *Argenti's Cifras e Contas*

M. Zulena Soto B.
Auxiliar Enfermería
C.C. 1127078548

FIRMA:

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

TARDE: Unidades de enfermería 2400 Control y registro de signos vitales
2400a Pronda y cuidados de enfermería. 4400a Control
y registro de signos vitales 8200a paciente estable 2400a
Entrego turno con paciente en igual condición en Recovery
cibon Pos OR, acompañada por familiares // Marley González

NOCHE:

FIRMA:

POST QUIRURGICOS

HORA DE INGRESO: 13:40 DRENAJES: Sonda Vesical SNG Ostomías Drenajes

Tubo de Tórax (I D) Tubos en T Ventriculostomías

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: 1. Reducción Abierta + osteosíntesis de tibia y perone
2. perone
3.

OXIGENO: Cánula: Lt. Máscara Lt. Hood FiO₂ Traqueostomía: No. FIO₂

Intubado FiO₂ No. de Tubo Orotraqueal Fijación del tubo cm.

INGRESA CON DOLOR: Mínimo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo Moderado

SIGNOS VITALES											
	Al Ingreso	A los 15 minutos	A la media hora	A los 45 minutos	A los 60 minutos	A la hora y media	A las 2 horas	A las 3 horas	A las 4 horas		
Hora	13/40	13/55	14/0	14/25	15/25	16/25	17/25	18/25	19/25	20/25	21/25
TA	120/64	129/64	120/60	120/63	120/60	120/67	120/68	120/62	120/60	120/60	120/64
TAM	95	96	97	102	101	101	98	90	95	82	85
P	75	74	64	83	76	87	91	82	90	95	95
T°	36	36	36.3	36	36.2	36	36	36	36	36.5	36.5
R	18	18	19	20	19	18	18	18	36.2	18	10
Sat. O ₂	100	100	90%	99%	100%	99	93	94	93	93	94
PVC											

VALORACION ESCALA DE ALDRETE:											
Hora	13/40	13/55	14/0	14/25	15/25	16/25	17/25	18/25	19/25	20/25	21/25
Estado de conciencia											
Completamente despierto	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Se despierta al llamado	1										
No responde al llamado	0										
Actividad muscular											
Mueve las 4 extremidades	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Mueve 2 extremidades	1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Incapaz de moverse	0										
Respiración											
Respira profundamente y tose	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Disnea, respiración limitada	1										
Apnea	0										
Circulación											
T.A. ± 20% del nivel preanestésico	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
T.A. ± 21% - 49% del nivel preanestésico	1										
T.A. ± 50% del nivel preanestésico	0										
Color de piel											
Sat.O ₂ > del 92% sin O ₂	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sat.O ₂ del 92% con O ₂	1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sat.O ₂ < del 92% con O ₂	0										
Total		8/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0



NOTAS DE ENFERMERIA: recibo paciente en recuperación bajo efecto de anestesia regional se observa semiconsciente se administra oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto catéteres venoso permeable con heparina quirúrgica limpia y seca cubren con apósitos blancos paciente sujeto al camillero paciente en reposo 18:00 paciente en reposo estable afebril 19:00 entrega paciente en recuperación consciente alerta orientado con acceso venoso

NOTAS DE ENFERMERIA: permeable con herida quirúrgica en budo 9
19h Nuevo Paciente en recuperación
Alc. 2, 3, 4 con herida quirúrgica en
budo 9, 10, 11 en micabau inferior de la
con el de signos vitales 38.5, 98, 115, 95 en vía pu
ciente a peso estable Responsable: Mery Rojas

CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS			ELIMINADOS		
	Administrado peso (u)	V. Oral	Diuresis (u)			
8	80		300			
9	80					
10	80					
11	260					
12	500					
13	500	2000		2000		
14	80					
15	80					
16	80					
17	80					
18	80		600			
19	80					
TOTAL	1980	2000	900	2000		
20	80	750				
21	80					
22						
23						
24						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Total 24 Horas	2140	2000	750	900	2000	
Total administrados:	21890	Total eliminados:	2900	Balance 24 horas:		

Nombre del medicamento/Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Firma	No.	Mezcla	Goteo
Cefalotina 2gr	iv	a hora	11:00			Sandra	①	Lactato Rye	
Tramadol 100mg	iv	a hora	12:10		20:00	Sandra			
metoclopramida 10mg	iv	a hora	12:15			Sandra			
Dipiridna 2gr	iv	a hora	14:00		20:00	franc Ushy	④	Lactato qe	
Bidocobul 5 mg	vo	a hora			20:00	Shy		35N	

Hora de Salida	Anestesiólogo que autoriza	Destino	Nombre de quien entrega



REGISTRO DE ENFERMERIA SALAS DE CIRUGIA

CIR-F046
V.1

Fecha: 26 febrero 2014 Hora de Ingreso: 9+20 Procedencia: 303
Nombre: Clara Stella Cruz DIOZ
No. de Historia Clínica: 51849125 EPS: carpenter

Edad: Fem Sexo: 47a Hemoclasificación: A RH: positivo, Peso: 52kg

INFORMACION PREQUIRURGICA

Diagnóstico de Ingreso: 1. Fractura tobillo derecho
2.
3.

PREPARACION DEL PACIENTE:

Ultima ingesta de alimentos: Hora 20+00 Anoch Trae exámenes de laboratorio Sí ☒ No ☐ y Radiología Sí ☒ No ☐
Consentimiento informado diligenciado y firmado: Sí ☐ No ☐ Tiene valoración pre-anestésica: Sí ☐ No ☐
Reserva sangre Und. Requiere oxígeno: Sí ☐ No ☒ Cánula Venturi Ventilación mecánica
Con preparación especial: Sí ☒ No ☐ ¿Cuál? Ayuno

ACCESO VENOSO: Central Periférico ☒ Localización MSD

No. de Yelco 18 Permeable: Sí ☒ No ☐

DRENAJES: Sonda Vesical Sonda Nasogástrica Ostomías Drenajes
Tubo Tórax Tubo en T Ventriculostomía

SIGNOS VITALES (CADA HORA DESDE EL INGRESO)

Hora	9+20								
TA	108/73								
TAM	83								
P	103								
T°	36								
R	19								
Sat. O ₂	94								
PVC	11								
Fetocardia	11								
Movimientos fetales	1								

Hora de traslado a Sala de Cirugía:

NOTAS DE ENFERMERIA: Ingreso paciente al servicio alto cae en el suelo con acceso venoso permeable, con fardo de yeso y vendaje en miembro inferior derecho, se ubica en silla, se prepara para procedimiento quirúrgico. Asda

Astnd E. Muñoz R.
C.C. 52 337 471
Aux. Enfermera

Nombre del responsable:

PERIOPERATORIO

Hora de ingreso a Sala: 11+25

Anestesiólogo: doctor Perez

Cirujano: doctor Rodriguez

Ayudante: doctor Diaz

Instrumentadora: Alexandra

HORA DE INICIO DE ANESTESIA: 11+35

Tipo de Anestesia: Regional: ☒ General: ☐ Local: ☐ Bloqueos: ☐ Peridural: ☐

Lavado de área quirúrgica realizado por: 11+45 doctor Diaz

No. de compresas de inicio: _____ Recuento final: _____

Hora de inicio de la Cirugía: 11+55

SIGNOS VITALES INTRAOPERATORIOS:

Cada 15 minutos desde el inicio de la anestesia o según orden médica:

Hora	11+35	11+50	12+05	12+20	12+35	12+50	13+05	13+20	13+35								
TA	105/72	105/72	105/72	109/69	100/69	117/93	130/40	123/81	100/69								
TAM	82	85	87	89	72	93	101	94	82								
P	93	95	87	86	80	77	76	87	70								
T°	36	36	36	36	36	36	36	36	36								
R	19	19	19	17	14	19	19	19	19								
Sat. O ₂	100	99	99	94	94	100	99	100	100								
PVC	5	5	5	5	5	5	5	5	5								

PATOLOGIAS RECOLECTADAS:

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

Tipo de Patología y/o cultivos: _____ Entregada a: _____

SI HACE REFERENCIA A ATENCION DE PARTO Y/O CESAREA ESCRIBA:

Tipo de parto: Normal: ☐ Instrumentado: ☐ Cesárea: ☐ Episiotomía: Sí ☐ No ☐ Desgarro: Sí ☐ No ☐

Revisión Uterina: Sí ☐ No ☐ Sangrado al final del procedimiento: Abundante: ☐ Moderado: ☐ Escaso: ☐

INFORMACION DEL RECIEN NACIDO:

Hora de nacimiento: _____ Producto único: ☐ Múltiple: ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Apgar al minuto: ☐ A los 5 minutos: ☐

Profilaxis RN: _____

NOTAS DE ENFERMERIA: Ingresa paciente a Sala #2 conuiente, atenta, orientada, con acceso venoso permeable, Fmilo de vaso en miembro inferior, se coloca en mesa quirurgica se monitoriza 11+35 doctor Perez induce anestesia regional 11+45 doctor Diaz realiza lavado de area quirurgica con pivia asepsia y antisepsia 11+55 doctor Rodriguez inicia procedimiento 13+35 Finaliza parto doctor Rodriguez desando hunda cubierta y limpia 13+40 se trasladado para ate para mpr base anestesia regional acceso venoso permeable hunda atq y limpia

Nombre del responsable: _____

Sandra Moreno



REGISTRO INSTRUMENTACION QUIRURGICA - Salas de Cirugía

FECHA:

26/02/14

NOMBRE PACIENTE:

García Stella Cruz Diaz

AUXILIAR:

Fent

H-C.:

51849125

CIRUJANO:

Dr. Rodriguez

PROCEDIMIENTO:

Laparoscopia + prostatectomía + lobectomía +

INSTRUMENTADOR QX:

Alex Adrian

TIPO DE CIRUGIA:

PROG. ☒URGENCIA ☐

No. SALA

2

1. CONTEO MATERIAL QUIRURGICO

ELEMENTO	INICIO	TRANSOPERA-TORIO	FINAL	ELEMENTO	INICIO	TRANSOPERA-TORIO	FINAL
Compresas				Mechas	4		4
Gasas				Hojas Bisturi	3+2		5
Torundas				Agujas			
Rollos Abdominales				Pinzas			
Cotonoides							

OBSERVACIONES:

2. VERIFICACION ESTERILIDAD ELEMENTOS REQUERIDOS (Adjunte el rótulo del paquete de ropa y el instrumental principal).

Paquete de Ropa

SI ☒No ☐

Equipo e Instrumental Accesorio

SI ☒No ☐

Insumos Médicos Quirúrgicos

SI ☒No ☐

Accesorios Ropa o Textiles

SI ☒No ☐

Paquete quirúrgico
226
22 FEB 2014
Equipo de Sponges #2
4210
22 MAR 2014

Remisión
Class 6 Steam
1243 Integrator
REJECT ACCEPT
Class 6 Steam
1243 Integrator
REJECT ACCEPT
Class 6 Steam
1243 Integrator
REJECT ACCEPT

5. ESPECIMENES ENVIADOS A PATOLOGIA Y/O CADENA DE CUSTODIA

Entregados a:

Cargo:

5. ENTREGA DE TURNO

1er. Instrumentador QX:

Turno:

2do. Instrumentador QX:

Turno:

OBSERVACIONES:



LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRURGICA DE PACIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

Claro Stillo Cruz

FECHA: 26 febrero 2017

HISTORIA CLINICA: 51849125

ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA

- Se ha confirmado con el paciente:
 - Su identidad ☒ Si ☐ No ☐ N/A
 - El lugar del cuerpo a intervenir, previo rasurado ☒ Si ☐ No ☐ N/A
 - El procedimiento a realizar: laparoscopia ☒ Si ☐ No ☐ N/A
 - Consentimientos informados diligenciados completamente ☒ Si ☐ No ☐ N/A
 - Historia Clínica completa ☒ Si ☐ No ☐ N/A
 - Imágenes diagnósticas requeridas ☒ Si ☐ No ☐ N/A
 - Exámenes de laboratorio completos ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Marca en el lugar del cuerpo a intervenir ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Venoclisis permeable ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Equipos y la medicación anestésica completos ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- El pulsoxiómetro colocado en el paciente, y funcionando ECK / tensión arterial / Capnógrafo ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Mesa quirúrgica, succión funcionando bien ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida? ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Cuál? ☐

- Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración ☒ No ☐ Si, y el equipo y la asistencia están disponibles ☐

- Riesgo de pérdida de sangre mayor a 500 ml (7 ml/kg en niños) ☒ No ☐ Si, y tiene una vía de acceso intravenosa adecuada y los líquidos necesarios para revivirlo ☐

- Tiene el paciente reserva de sangre ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Valoración de anestesia ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Apto para la cirugía ☒ Si ☐ No ☐ N/A

- ¿Qué recomendaciones anestésicas hay? ☐

- Ayuno de más de 6 horas (niños) y 8 horas (adultos) ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Cama disponible en UCI ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Toma actualmente algún medicamento? ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Cuál? ☐

- ¿Trae medicamentos que esté tomando? ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- La instrumentadora quirúrgica verifica:

- Indicadores de esterilidad del paquete y equipos. ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Equipos básicos especializados ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Suturas e insumos requeridas ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Remisiones Surgimedico ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Verificación de lapiz electro, torres, (ballas) microscopio ☒ Si ☐ No ☐ N/A

- La auxiliar revisa el estado de la piel del paciente ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Revisión máquina de anestesia por anestesiólogo y auxiliar de enfermería. ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Vaporizadores ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Paso rápido de oxígeno ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Circuito respiratorio ☒ Si ☐ No ☐ N/A

ANTES DE LA INCISION CUTANEA

- Confirmar que todo el personal se haya identificado por su nombre y función. ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- El Cirujano, Anestesiólogo y Auxiliar de Enfermería confirman verbalmente:
- La identidad del paciente ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- El lugar del cuerpo a intervenir ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- El procedimiento a realizar ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Anticipación de pasos críticos, el Cirujano Repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración del procedimiento, la pérdida sanguínea anticipada? ☒ Si ☐ No ☐ N/A

CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS!

- La auxiliar verifica junto con el equipo la ausencia de compresas, y/o gasa en la sala, que interfieran con el recuento inicial ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Seguridad del electrocauterio verificada ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 30 a 60 minutos? ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Reporte de recuento inicial de compresas, gasas, agujas e instrumental por la instrumentadora ☒ Si ☐ No ☐ N/A

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO

- La Auxiliar de Enfermería confirma verbalmente con el personal: Nombre del procedimiento realizado y registrado ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- El recuento de instrumentos, compresas y/o gasas y agujas son correctos ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Se han recibido las muestras para estudio de patología y se han rotulado correctamente? ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Cuál? ☐
- ¿Hay algún problema con el equipo que requiera atención? ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- ¿Cuál? ☐

- El Cirujano, Anestesiólogo y Auxiliar de Enfermería repasan las inquietudes claves sobre la recuperación y el manejo del paciente ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- El recién nacido sale con manilla de identificación previa verificación de datos con la madre ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Verificar indicaciones referentes a:
- Cuidado de la herida ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Drenajes ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Especificaciones sobre la medicación ☒ Si ☐ No ☐ N/A
- Revisión del estado de la piel del paciente ☒ Si ☐ No ☐ N/A

OBSERVACIONES:



FIRMA DEL RESPONSABLE:

282
233

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA



1. Previamente al procedimiento de enfermería que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al personal de enfermería de elección en la **CLÍNICA PARTENON LTDA.**, realizar en mí o en el paciente:

Clara Stella Cruz Diaz

los procedimientos de enfermería que se llevarán a cabo durante mi estancia o estancia de mi familiar en la institución.

2. El personal de enfermería me ha explicado la naturaleza y propósito de los procedimientos de enfermería, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados del procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con el procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso del procedimiento puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.
4. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado.

Fecha

26 febrero 2014

Clara Stella Cruz Diaz

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

C.C. *51849125 Bte*

Firma y nombre del testigo

C.C.



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONSCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, SEA MENOR DE EDAD Y/O SE ENCUENTRE INCAPACITADO MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El personal de enfermería me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____, con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que el(los) enfermeros(as) _____ asignados por la institución realice(n) el procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiar (parentesco)
C.C.

Firma y nombre del testigo
C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del(los) procedimiento(s) citado(s) en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma del personal de Enfermería

Astrid E. Muñoz R.
C.C. 52 337 471
Astrid E. Muñoz R.
Aux. Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCION QUIRURGICA PROCEDIMIENTO MEDICO

1. Previamente a la intervención quirúrgica y/o procedimiento especial que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al doctor:

Rubén Rodríguez

y a los asistentes de su elección en la CLINICA PARTENON LTDA., a realizar en mi o en el paciente:

Clara Stella Cruz Diaz



las siguientes intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales

PLA OSTEOSINTESIS en tibia y fémur

que se llevarán a cabo el día 26 de Febrero del año 2014

2. El Doctor Rubén Rodríguez

Me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados de la intervención o procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con la intervención-procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.
4. Igual otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte del médico quien practique el procedimiento o por un médico anesthesiologo si por sus características la intervención lo requiere, a quien autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero.
5. La Clínica Partenón Ltda. Queda autorizada para ordenar disposición final de los componentes anatomopatológicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.
6. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado postoperatorio y asistir a los controles médicos, como parte del plan de tratamiento.
7. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones:

(si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar:

Clara Stella Cruz Diaz

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

C.C. 51849125 etc

Firma y nombre del testigo

C.C.



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, MENOR DE EDAD Y/O SEA UNA PERSONA MENTAMENTE INCAPACITADA PARA TOMAR DECISIONES.

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____ con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que el(los) Doctor(a)(es)(as) _____ asiganados por la institución y el personal auxiliar que él /ella (os) (as) precise(n) le realice(n) este procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiares (parentesco)

C.C.

Firma y nombre del testigo

C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Dr. Rubén A. Rodríguez
Ortopedia y Traumatología
Universidad del Rosario

C.C. 997.283
Firma Médico y R.M. No.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO



Yo Clara Stella Cruz Diaz
mayor de edad, identificado(a) con documento de identidad No. 51849125
actuando en nombre propio.

DECLARO: Que he acudido a la consulta preanestésica el día 26 de Febrero del año 2024
con el Doctor _____

Habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Se me examinó y evaluó los exámenes prequirúrgicos, determinó mi condición clínica para afrontar el procedimiento anestésico.

Me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones más frecuentes como son náuseas, vómito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central y/o periférico, daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, neumonía, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, infarto del miocardio, trombosis o embolia cerebral y hasta la muerte. Se me ha informado sobre las diferentes técnicas anestésicas y la más adecuada para mí o mi familiar.

Me ha informado que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales necesarios para preservar mi vida y mi integridad personal. Por lo tanto autorizo la realización de éstos procedimientos si el anestesiólogo lo juzga necesario.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

Manifiesto que he leído, comprendido y aceptado lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. Así mismo me comprometo a tener en cuenta las recomendaciones de ayuno estricto y además relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiéndolo que si no las sigo, mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

También se me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar éste consentimiento antes del procedimiento.

Por lo tanto consiento que se me realice la atención anestésica que profesionalmente se considere más adecuada para mí, y en caso de precisar, autorizo a cambiar a otra técnica anestésica, si en el mismo acto ello fuera imprescindible.

Fecha del procedimiento
anestésico

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable
Clara Stella Cruz Diaz
C.C. 51849125

Firma y nombre del testigo
C.C.

SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONSCIENTE, SEA MENOR DE EDAD Y/O SE ENCUENTRE INCAPACITADO MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El anestesiólogo me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____, con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que anestesiólogo(a) _____
asignado por la institución realice el procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares (parentesco)
C.C.

Firma y nombre del testigo
C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del(los) acto(s) anestésico(s) citado(s) y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma del Anestesiólogo R.M. No. _____



Dr. Edgar Pérez G.
Anest. 296
C.C. # 15.183.087



REGISTRO INSTRUMENTACION QUIRURGICA - Salas de Cirugía

FECHA: 19/02/2016

NOMBRE PACIENTE: Clara Estela Cruz Ortiz

H.C.: 51847125

CIRUJANO: DR. A. Alvarez

AUXILIAR: Sandra Felipe Cruz Ortiz

PROCEDIMIENTO: LUCNO ORTO

PROG. ☐URGENCIA ☐

No. SALA: 2

INSTRUMENTADOR QX: alexa

TIPODE CIRUGIA:

1. CONTEO MATERIAL QUIRURGICO

ELEMENTO	INICIO	TRANSOPERA-TORIO	FINAL
Compresas			
Gasas			
Torundas			
Rollos Abdominales			
Cotonoides			

OBSERVACIONES: *comp*

ELEMENTO	INICIO	TRANSOPERA-TORIO	FINAL
Mechas			
Hojas Bisturi	2		2
Agujas	3	3	0
Pinzas			

2. VERIFICACION ESTERILIDAD ELEMENTOS REQUERIDOS (Adjunte el rótulo del paquete de ropa y el instrumental principal).

Paquete de Ropa

Sí ☒No ☐

Equipo e Instrumental Accesorio

Sí ☒No ☐

Insumos Médicos Quirúrgicos

Sí ☐No ☐

Accesorios Ropa o Textiles

Sí ☐No ☐

OBSERVACION:

3. OBSERVACIONES

Cambio de

Protección Lápis Electrobisturí, Solicitud Líquidos calientes o fríos, Turno, Más de un equipo quirúrgico, etc.



5. ESPECIMENES ENVIADOS A PATOLOGIA Y/O CADENA DE CUSTODIA

1. cultivo perianal
2. cultivo frotado TBS de material

Entregados a:

Cargo:

5. ENTREGA DE TURNO

1er. Instrumentador QX:

Turno:

2do. Instrumentador QX:

Turno:

OBSERVACIONES:

ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Se ha confirmado con el paciente: | SI | No | N/A |
| Su identidad | ☒ | ☐ | ☐ |
| El lugar del cuerpo a intervenir, previo rasurado | ☒ | ☐ | ☐ |
| El procedimiento a realizar | ☒ | ☐ | ☐ |
| Consentimientos informados diligenciados completamente | SI | No | N/A |
| Historia Clínica completa | ☒ | ☐ | ☐ |
| Imágenes diagnósticas requeridas | ☒ | ☐ | ☐ |
| Exámenes de laboratorio completos | ☒ | ☐ | ☐ |
| • Marca en el lugar del cuerpo a intervenir | SI | No | N/A |
| • Venoclisis permeable + | ☒ | ☐ | ☐ |
| • Equipos y la medicación anestésica completos..... | ☒ | ☐ | ☐ |
| • El pulsioxímetro colocado en el paciente, y funcionando ECK/ tensión arterial / Capnógrafo..... | SI | No | N/A |
| • Mesa quirúrgica, succión funcionando bien | ☒ | ☐ | ☐ |
| • ¿ Tiene el paciente alguna alergia conocida? | ☐ | ☒ | ☐ |
| ¿Cuál? | | | |

- Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración

- ☐ Sí, y el equipo y la asistencia están disponibles ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

- Riesgo de pérdida de sangre mayor a 500 ml (7 ml / kg en niños)

- ☐ Sí, y tiene una vía de acceso intravenosa adecuada y los líquidos necesarios para revivirlo.
- Sí ☐ No ☐ N/A ☐

- | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tiene el paciente reserva de sangre..... | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| Valoración de anestesia | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| Apto para la cirugía..... | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |

- ¿Qué recomendaciones anestésicas hay? _____

- | | SI | NO | N/A |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| • Ayuno de más de 6 horas (niños) y 8 horas (adultos)..... | ☒ | ☐ | ☐ |
| • Cama disponible en UCI..... | ☐ | ☒ | ☐ |
| • ¿Toma actualmente algún medicamento?..... | ☐ | ☐ | ☒ |
| ¿Cuál?..... | | | |

- ¿Trae medicamentos que esté tomando?

- La instrumentadora quirúrgica verifica:

- Indicadores de esterilidad del paquete y equipos.

- Equipos básicos especializados

- Suturas e insumos requeridas 11

- Remisiones 3

- Verificación del lápiz electro, torres, balas, Si No N/A

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

- La auxiliar revisa el estado de la piel del paciente

- Revisión máquina de anestesia por anestesiólogo

- Si ☐ No ☐ N/A ☐

- vaporizadores.....

- Paso rápido de oxígeno

- Circuito respiratorio.....

ANTES DE LA INCISION CUTANEA

- Confirmar que todo el personal se haya identificado por su nombre y función.....

- El Cirujano, Anestesiólogo y Auxiliar de Enfermería confirman verbalmente:

- a identidad del paciente

- El lugar del cuerpo a intervenir

- El procedimiento a realizar

- Anticipación de pasos críticos, el Cirujano Repasa:

- | No | N/A |
|----|-----|
| Si | No |

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO

- La Auxiliar de Enfermería confirma verbalmente con el personal: Nombre del procedimiento realizado y registrado. SI ☐ No ☐ N/A ☐
- El recuento de instrumentos, compresas y/o gases y agujas son correctos SI ☒ No ☐ N/A ☐
- ¿Se han recibido las muestras para estudio de patología y se han rotulado correctamente? SI ☒ No ☐ N/A ☐
- ¿Cuál? _____
- ¿Hay algún problema con el equipo que requiera atención? SI ☐ No ☒ N/A ☐
- ¿Cuál? _____

- El Cirujano, Anestesiólogo y Auxiliar de Enfermería repasan las inquietudes claves sobre la recuperación y el manejo del paciente

- El recién nacido sale con manilla de identificación previa verificación de datos con la madre

- Verificar indicaciones referentes a:

- Cuidado de la herida.....

- Drenajes.....

- Especificaciones sobre la medicación ☒ ☐ ☐

- Revisión del estado de la piel del paciente.....

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE:

FECHA: 26 / febrero / 2014

PACIENTE: Clara Estela Cruz Diaz
EPS: Comunera

EPS: Compensay

CASA ORTOPEDICA: Suplemadicos

INSTRUMENTADORA: Adriana Granados

CÉDULA: 51849125

CIRUJANO: Dr. Rodríguez

[illegible]

FIRMAS: Dr. Nelson M. Rodríguez C.
Ortopedia y Traumatología
Universidad del Rosario
Tel. 30.097.263

CIRUJANO

INSTRUMENTADORA

SOPORTE TECNICO

PRE-ANESTESIA

CIR-F-032
V.1

Temperatura:	Pulso:	Respiración:	Tensión Arterial:
Metabolismo Basal:	Hemoglobina:	Hematocrito:	Leucocitos:
N.N.P.	Glicemia:	Pruebas Funcion Hepática:	
Estatura:	Peso:	¿Ha perdido peso?	¿Ha aumentado peso?
Estado General:	Antecedentes de Sífilis:	De T.B.C.?	

Aparato Respiratorio:	Gastrointestinal:
Aparato Circulatorio:	Enf. Metabolismo:
Sistema Nervioso:	Sistema Afectado:
Observaciones Anestesiológicas:	Indicaciones:
Sangre requerida: Cantidad Grupo Rh	

POST-ANESTESIA

Recuperación:	Reflejos:	Conocimiento:
Sensibilidad:	Motilidad:	Exitación:
Vómito:	Hipo:	Tos:
Otros:	Cianosis:	Arritmia:

FECHA									
Pulso									
T.A.									
Respiración									
Temperatura									

Revisado por:	Observaciones:
Anestesista Dr.:	
Auxiliar:	

PRE-ANESTESIA

CIR-F-032
V.1

Temperatura:	Pulso:	Respiración:	Tensión Arterial:
Metabolismo Basal:	Hemoglobina:	Hematocrito:	Leucocitos:
N.N.P.	Glicemia:	Pruebas Funcion Hepática:	
Estatura:	Peso:	¿Ha perdido peso?	¿Ha aumentado peso?
Estado General:	Antecedentes de Sífilis:	De T.B.C.?	

Aparato Respiratorio:	Gastrointestinal:
Aparato Circulatorio:	Enf. Metabolismo:
Sistema Nervioso:	Sistema Afectado:
Observaciones Anestesiológicas:	Indicaciones:
Sangre requerida: Cantidad Grupo Rh	

POST-ANESTESIA

Recuperación:	Reflejos:	Conocimiento:
Sensibilidad:	Motilidad:	Exitación:
Vómito:	Hipo:	Tos:
Otros:	Cianosis:	Arritmia:

FECHA									
Pulso									
T.A.									
Respiración									
Temperatura									

Revisado por:	Observaciones:
Anestesista Dr.:	
Auxiliar:	



CLÍNICA PARTENÓN

HOJA QUIRURGICA

282
243

Fecha Registro: 26/02/2014 04:23:43 p.m.

Fecha Cirugía: 26/02/2014 01:

No Documento: 51849125

Apellidos y Nombres: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Fecha de Nacimiento: 17/11/1966

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Ingreso: 3

Tipo documento: CC

Edad: 47

Tipo Afiliado: Cotizante

Ocupación: EMPLEADO

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Estrato: A

DATOS DE LOS PROFESIONALES

Cirujano(a): RODRIGUEZ CERVANTES RUBEN ANDR

Cirujano(a): NO APLICA

Anestesiologo(a): PEREZ GARCIA EDGAR

Ayudante 1: DIAZ CLAVIJO ANDRES MARCELO

Ayudante 2: NO APLICA

Instrumentador(a): SALINAS MARTINEZ GINA ALEXANDR

Circulante: BASTIDAS ELIANA

Tipo Anestesia: REGIONAL

ORTOPEDIA Y TRAUMATO
ANESTESIOLOGIA

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS

S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS

S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA

CIRUGIAS

Nombre Cirugía	Es Bilateral	Clase Herida	Via Abordaje
REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE	N	LIMPIA	DOBLE
RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN TIBIA	N	LIMPIA	MEDIAL
LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE	N	LIMPIA	DOBLE
APLICACION DE INJERTO OSEO EN PERONE	N	LIMPIA	LATERAL

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CAMPOS QUIRURGICOS, ANESTESIA REGIONAL, DECUBITO SUPINO, SE OBSERVAN HERIDAS MEDIAL Y LATERAL DE TOBILLO LIMPIAS, SIN SECRECION, SIN MEMBRANAS, SE REALIZA RETIRO DE 3 CLAVOS EN TIBIA, SE REALIZA LAVADO CON 2500 CC SSN, SE REALIZA DESBRIDAMIENTO, SE REALIZA REDUCCION DE FRACTURA EN PERONE Y SE FIJA CON PALCA LCP DE PERONE DISTAL (SUPLEMEDICO) CON 3 TORNILLOS DE CORTICAL, Y 3 TORNILLOS BLOQUEADOS, SE REALIZA LAVADO, Y APOORTE DE SUSTITUTO OSEO (GRAFTON 5CC) SE CIERRA POR PLANOS HASTA PIEL, SE REALIZA REDUCCION DE MALEOLO MEDIAL Y FIJACION CON 2 TORNILLOS DE ESPONJOSA (SUPLEMEDICOS) SE COMPRUEBA ADECUADA REDUCCION Y FIJACION CON 2 PLACAS DE RX PORTATIL. SE REALIZA LAVADO, HEMOSTASIA Y CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL

COMPLICACION Y MANEJO

NO

MATERIALES EMPLEADOS MOTIVO DE COBRO ADICIONAL A LA FACTURA

Dr. Rubén J. Rodríguez
Ortopedia y Traumatología
Univ. del Rosario
CC. 80.097.283



CLÍNICA PARTENÓN

HOJA QUIRURGICA

Fecha Registro: 04/02/2014 06:23:17 p.m.

Fecha Cirugia: 04/02/2014 01:

No Documento: 19465623

Apellidos y Nombres: ZARATE CUBIDES JAIRO ALEJANDRO

Fecha de Nacimiento: 01/11/1960

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Ingreso: 2

Tipo documento: CC

Edad: 53

Tipo Afiliado: Beneficiario

Ocupación: EMPLEADO

Dirección: CL 22 SUE N 50 82

Teléfono: 2302405

Municipio: BOGOTA D.C

Estrato: C

DATOS DE LOS PROFESIONALES

Cirujano(a): SANCHEZ URBINA JOSE IGNACIO

Cirujano(a): NO APLICA

Anestesiologo(a): PATIÑO BALLEEN GERMAN HERNANDO

Ayudante 1: GARZON RODRIGUEZ CLARA ISABEL

Ayudante 2: NO APLICA

Instrumentador(a): MARIN LOPEZ SINDY JIMELSA

Circulante: AMAYA FORERO NARLY

Tipo Anestesia: REGIONAL

ORTOPEDIA Y TRAUMATO
ANESTESIOLOGIA

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS

L024 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS

L024 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA

NO

CIRUGIAS

Codigo	Nombre Cirugia	Es Bilateral	Clase Herida	Via Abordaje
796700	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O ME	N	LIMPIA	PLANTAR

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

HALLAZGOS HERIDA LONGITUDINAL EN CARA PLANTAR MEDIAL DE PRIMER METATARSIANO DE 2 CM, SOBRE ARTICULACION IMETATARSOFALANGICA, SUTURADA, SIN SIGNOS DE INFECCION QUE COMUNNICA CON LESION SATELITE PUNTIFORME EN CARA PLLNATAF LATERAL A 1 CM

ASEPSIA Y ANTISEPSIA, VERIFICACION DE CONSENTIMEINTO Y ANTIBIOTICO PROFILACTICO, RETIRO DE PUNTOS, Y LAVADO CON 1000 CC SSN DESBRIDAMIENTO MECANICO Y REMODELACION DE BORDES DE PIEL, CIERRE DEFINITIVO CON PROLENE 3.0. COLOCACION DE BACTIGRAS, GASAS ESTERILES Y VENDAJE ELASTICO

COMPLICACION Y MANEJO

NO

MATERIALES EMPLEADOS MOTIVO DE COBRO ADICIONAL A LA FACTURA

NO



CLÍNICA PARTENÓN

HOJA QUIRURGICA

283
244

Fecha Registro: 22/02/2014 05:00:59 p.m.

Fecha Cirugia: 22/02/2014 01:

No Documento: 51849125

Apellidos y Nombres: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Fecha de Nacimiento: 17/11/1966

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Ingreso: 3

Tipo documento: CC

Edad: 47 Sexo: F

Tipo Afiliado: Cotizante

Ocupación: EMPLEADO

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTÁ D.C

Estrato: A

DATOS DE LOS PROFESIONALES

Cirujano(a): RODRIGUEZ CERVANTES RUBEN ANDR

Cirujano(a): NO APLICA

Anestesiologo(a): CARDONA MARIA ANGELICA

Ayudante 1: PINILLA FLOREZ DAISY JOHANNA

Ayudante 2: NO APLICA

Instrumentador(a): MARIN LOPEZ SINDY JIMELSA

Circulante: BASTIDAS ELIANA

Tipo Anestesia: REGIONAL

ORTOPEDIA Y TRAUMATO
ANESTESIOLOGIA

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS

U029 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS

S829 FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA

NO

CIRUGIAS

Codigo	Nombre Cirugía	Es Bilateral	Clase Herida	Via Abordaje
770702	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ	N	LIMPIA	DOBLE

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

VIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CAMPOS QUIRURGICOS, ANESTESIA REGIONAL, DECUBITO SUPINO, SE OBSERVAN HERIDAS LIMPIAS SIN INFECCION, NO SECRECION NI MEMBRANAS, SE RETIRAN PUNTOS EN HERIDA MEDIAL Y EN HERIDA LATERAL, SE REALIZA LAVADO CON 3000 CC SSN, SE AFRONTAN HERIDAS CON PUNTOS SEPARADOS, SE INMOVILIZA CON FERULA POSTERIOR

COMPLICACION Y MANEJO

NO

MATERIALES EMPLEADOS MOTIVO DE COBRO ADICIONAL A LA FACTURA

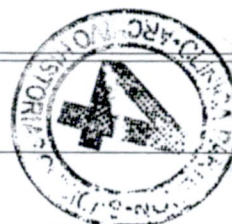
NO

Hora Inicio: 14:00

Hora Finalización: 15:00

Firma

R:M:



28/02/2014



CLÍNICA PARTENÓN

HOJA QUIRURGICA

254
245

Fecha Registro: 19/02/2014 9:59:41
Fecha Cirugia: 19/02/2014 13:
No Documento: 51849125
Apellidos y Nombres: CRUZ DIAZ CLARA STELLA
Fecha de Nacimiento: 17/11/1966
Entidad o EPS: COMPENSAR 2014
Ingreso: 3
Tipo documento: CC
Edad: 47
Tipo Afiliado: Cotizante
Ocupación: EMPLEADO
Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29
Teléfono: 3373886
Municipio: BOGOTA D.C
Estrato: A

DATOS DE LOS PROFESIONALES

Cirujano(a): ALVARADO PARDO CONSTANZA
Cirujano(a): NO APLICA
Anestesiologo(a): PEREZ GARCIA EDGAR
Ayudante 1: ORJUELA BERMUDEZ ANDRES
Ayudante 2: NO APLICA
Instrumentador(a): ALBARRACIN GARZON MERY ELIZABE
Circulante: AMAYA FORERO NARLY
Tipo Anestesia: RAQUIDEA

ORTOPEDIA Y TRAUMATO
ANESTESIOLOGIA



DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS

S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO
S825 FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO
S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS

S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO
S825 FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO
S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA

SE ENVIA A CULTIVO PIEDRAS Y PEDAZOS DE ASFALTO
SE ENVIA TEJIDO SUCIO DE TIERRA DEL PERONE Y DEL MALEOLO INTERNO

Constanza Alvarado MD
Ortopedia y Traumatología
U. del Rosario, U. Católica
R.M. 11-8491/07

CIRUGIAS

Codigo	Nombre Cirugía	Es Bilateral	Clase Herida	Via Abordaje
862304	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENT	N	CONTAMINADA	DOBLE TIBIA Y PERONE
6701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE	N	CONTAMINADA	DOBLE TIBIA Y PERONE
8071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA	N	CONTAMINADA	DOBLE TIBIA Y PERONE

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PACIENTE EN DECUBITO SUPINO
BAJO ANESTESIA REGIONAL
SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
TORNQUETE SUPRACONDILEO
ABORDAJE AL PERONE Y AL MALEOLO TIBIAL
HALLAZGOS:
PIEDRAS, ASFALTO, TEJIDO QUE AL PARCER CORRESPONDE A MATAS EN EL ABORDAJE AL PERONE Y ASFALTO EN EL MALEOLO TIBIAL DESPU
DE LA EXTRACCION DE LOS TORNILLOS
SE REALIZA DESBRIDMAIENTO ESICISONAL EN ABORDAJE AL PERONE Y A LA TIBIA ENVIANDO A CULTIVO EL PRODUCTOR DEL DESBRIDMIEN
DE LOS TEJIDOS SUCIOS DE TIERRA

SE LAVA CON 6000 CC DE SLUCION SALINA
SE DEJAN CLAVOS AL MALEOLO PARA ESTABILIZACION PRELIMINAR
CIERE EN UN SOLO PLANO DE LOS ABORDAJE

AN;
NUEVA REVISION EN 72 HORAS



COMPLICACION Y MANEJO



CLÍNICA PARTENÓN

HOJA QUIRURGICA

258
246

Fecha Registro: 19/02/2014 9:59:41

Fecha Cirugia: 19/02/2014 13:

No Documento: 51849125

Apellidos y Nombres: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Fecha de Nacimiento: 17/11/1966

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Ingreso: 3

Tipo documento: CC

Edad: 47

Sexo: F

Tipo Afiliado: Cotizante

Ocupación: EMPLEADO

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTÁ D.C

Estrato: A

NO

MATERIALES EMPLEADOS MOTIVO DE COBRO ADICIONAL A LA FACTURA

TRES CLAVOS K DE 2.0

Hora Inicio: 08:00

Hora Finalización: 09:30

Firma

R:M: 45525868

DRA CONSTANZA ALVARADO P

Constanza Alvarado MD
Ortopedia y Traumatología
U. del Rosado, U. Cartagena
R.M. 11-849107

19/02/20



ANESTHESIA

PRE-ANESTESIA

CIR-F-032
V.1

Temperatura:	Pulso:	Respiración:	Tensión Arterial:
Metabolismo Basal:	Hemoglobina:	Hematocrito:	Leucocitos:
N.N.P.	Glicemia:	Pruebas Funcion Hepática:	
Estatura:	Peso:	¿Ha perdido peso?	¿Ha aumentado peso?
Estado General:	Antecedentes de Sífilis:	De T.B.C.?	

Aparato Respiratorio:	Gastrointestinal:
Aparato Circulatorio:	Enf. Metabolismo:
Sistema Nervioso:	Sistema Afectado:
Observaciones Anestesiológicas:	Indicaciones:
Sangre requerida: Cantidad	Grupo
Rh	

Ver Val Pre Anestesia
en HClina
Ago 5 1964
Exposición hace 10h
(Está a dosis profiláctica)
Consentimiento OK

POST-ANESTESIA

Recuperación:	Reflejos:	Conocimiento:
Sensibilidad:	Motilidad:	Excitación:
Vómito:	Hipo:	Tos:
Otros:	Cianosis:	Arritmia:

FECHA									
Pulso									
T.A.									
Respiración									
Temperatura									

Revisado por:	Observaciones:
Anestesista Dr.:	
Auxiliar:	



303
FORMULA MEDICA PARA MEDICAMENTOS DE CONT. L ESPECIAL

CODIGO FAR - 001

CONSECUTIVO No.

121994

Fecha: 26-02-14

Paciente: clara estela cruz

EPS: compensar

No. Identificación: 51844125

☐ T.I.

☒ C.C.

☐ C.E.

☐ Pasaporte

de: Bogotá

Teléfono: 3373356

Dirección: Diagonal 18 Sur 7 24

MEDICAMENTO PRESCRITO				DOSIS	VIA	FRECUENCIA	PRESENTACION
1. Fentanil				2cc	iv	a hora	amp 10ml
CANTIDAD SOLICITADA		CANTIDAD ENTREGADA		DESPACHADO POR:		RECIBIDO POR:	
NUMEROS	LETRAS	NUMEROS	LETRAS				
1	uno	1	uno	Dr. Edgar Pérez G. Anestesiólogo R.M. # 6296 C.C. # 17.183.087		Sandra	
Nombre Médico:				Registro Médico No.		Dirección y Teléfono Médico: Calle 74 No. 76-65 - Teléfono 430 67 67	

Nota: La ilegibilidad, el diligenciamiento incompleto o la inconsistencia en la información de esta solicitud son causales de devolución de la misma. Diligencie un formato por cada medicamento a solicitar



CODIGO FAR - 001



FORMULA MEDICA PARA MEDICAMENTOS DE CONT. L ESPECIAL

CONSECUTIVO No.

121995

Fecha: 26-02-14

Paciente: clara estela cruz

EPS: compensar

No. Identificación: 51844125

☐ T.I.

☒ C.C.

☐ C.E.

☐ Pasaporte

de: Bogotá

Teléfono: 3373356

Dirección: Diagonal 18 Sur 7 24

MEDICAMENTO PRESCRITO				DOSIS	VIA	FRECUENCIA	PRESENTACION
1. Midazolam				2cc	iv	a hora	amp
CANTIDAD SOLICITADA		CANTIDAD ENTREGADA		DESPACHADO POR:		RECIBIDO POR:	
NUMEROS	LETRAS	NUMEROS	LETRAS				
1	uno	1	uno	Dr. Edgar Pérez G. Anestesiólogo R.M. # 6296 C.C. # 17.183.087		Sandra	
Nombre Médico:				Registro Médico No.		Dirección y Teléfono Médico: Calle 74 No. 76-65 - Teléfono 430 67 67	

Nota: La ilegibilidad, el diligenciamiento incompleto o la inconsistencia en la información de esta solicitud son causales de devolución de la misma. Diligencie un formato por cada medicamento a solicitar

Basado en Decreto 2200 de 2005

CODIGO FAR - 001



FORMULA MEDICA PARA MEDICAMENTOS DE CONT. L ESPECIAL

CONSECUTIVO No.

121698

Fecha: 19-02-14

Paciente: clara stella cruz

EPS: compensar

No. Identificación: 51844125

☐ T.I.

☒ C.C.

☐ C.E.

☐ Pasaporte

de: Bogotá

Teléfono: 3373356

Dirección: Diagonal 18 Sur 7 24

MEDICAMENTO PRESCRITO				DOSIS	VIA	FRECUENCIA	PRESENTACION
1. Fentanil				2cc	iv	a hora	amp 10ml
CANTIDAD SOLICITADA		CANTIDAD ENTREGADA		DESPACHADO POR:		RECIBIDO POR:	
NUMEROS	LETRAS	NUMEROS	LETRAS				
1	uno	1	uno	Dr. Edgar Pérez G. Anestesiólogo R.M. # 6296 C.C. # 17.183.087		Sandra	
Nombre Médico:				Registro Médico No.		Dirección y Teléfono Médico: Calle 74 No. 76-65 - Teléfono 430 67 67	



FORMULARIO RECETA PARA MEDICAMENTOS DE COBRO ESPECIAL

CODIGO FAR - 001

Fecha: 19-02-14

CONSECUTIVO No.

Paciente: Clara Stella Cruz

EPS: Compensar

121699

o. Identificación: 51849125 ☐ T.I. ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte de: Bogotá

Dirección: Diag 18 Sur 7 29 Teléfono: 3373386

MEDICAMENTO PRESCRITO

DOSIS

VIA

FRECUENCIA

PRESENTACION

Midazolam

2cc

IV 4 hora

amp 5 mg

CANTIDAD SOLICITADA

CANTIDAD ENTREGADA

NUMEROS LETRAS

NUMEROS LETRAS

1 uno

1 uno

DESPACHADO POR:

RECIBIDO POR:

Dr. Edgar Pérez G.

Anestesiólogo

R.M. # 6296

C.O. # 17.183.087

Sandra

Firma del Médico:

Registro Médico No.

Dirección y Teléfono Médico:

Calle 74 No. 76-65 - Teléfono 430 67 67

Nota: La ilegibilidad, el diligenciamiento incompleto o la inconsistencia en la información de esta receta son causas de devolución de la misma. Diligencie un formato por cada medicamento a solicitar

Basado en Decreto 2200 de 2005





REGISTRO INSTRUMENTACION QUIRURGICA - Salas de Cirugía

108776 CIR-2009

FECHA: 22/Febrero/2014 / 47 años / Compensar.
NOMBRE PACIENTE: Clara Stella Cruz H.C.: 51849125

CIRUJANO: Dra Alvarado.

AUXILIAR:

Lacka Maring

PROCEDIMIENTO: Laparoscopia + Dblu Quirúrgico

PROG. ☒

URGENCIA ☐

No. SALA # 1.

INSTRUMENTADOR QX: Sneth Ham

TIPODE CIRUGIA:

1. CONTEO MATERIAL QUIRURGICO

ELEMENTO	INICIO	TRANSOPERA-TORIO	FINAL	ELEMENTO	INICIO	TRANSOPERA-TORIO	FINAL
Compresas	20	-	20	Mechas			
Gasas				Hojas Bisturi	2		
Torundas				Agujas	1		
Rollos Abdominales				Pinzas	Instrumental	Completo	
Cotonoides							

OBSERVACIONES: Recuento final completo

2. VERIFICACION ESTERILIDAD ELEMENTOS REQUERIDOS (Adjunte el rótulo del paquete de ropa y el instrumental principal)

Indicador Biológico

Paquete de Ropa Sí ☒ No ☐
Insumos Médicos Quirúrgicos Sí ☒ No ☐

Equipo e Instrumental Accesorio Sí ☒ No ☐
Accesorios Ropa o Textiles Sí ☒ No ☐

3. OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO

Cambio de plan quirúrgico, Procedimiento múltiple, Paciente obeso, Cirugía Urgente

5. ESPECIMENES ENVIADOS A PATOLOGIA Y/O CADENA DE CUSTODIA

Entregados a:

Cargo: Instrumentación. Quirúrgico

5. ENTREGA DE TURNO

1er. Instrumentador QX:

Turno: Completo

2do. Instrumentador QX:

Turno:

OBSERVACIONES:

Sneth Ham

1251 EO A
Stripe turns green
La bande devient verte après stérilisation

3M Comply
Class 5 Steam
1243 Chemical
Integrator

REJECT ACCEPT (STEAM)





LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRURGICA DE PACIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Clara Stella Cruz

FECHA: 22/02/14

HISTORIA CLINICA: 51849125

CIR-F-133
V:2

CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS!

ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA

- Se ha confirmado con el paciente:
 - Su identidad..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - El lugar del cuerpo a intervenir, previo rasurado..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - El procedimiento a realizar..... LAVADO + CURETAGE ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Consentimientos informados diligenciados completamente..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Historia Clínica completa..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Imágenes diagnósticas requeridas..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Exámenes de laboratorio completos..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Marca en el lugar del cuerpo a intervenir..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Venoclisis permeable..... YALCO #18 ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Equipos y la medicación anestésica completos..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- El pulsoxiómetro colocado en el paciente, y funcionando ECK/ tensión arterial/ Capnógrafo..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Mesa quirúrgica, succión funcionando bien..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Cuál?..... Ninguna
- Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Si, y el equipo y la asistencia están disponibles..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Riesgo de pérdida de sangre mayor a 500 ml (7 ml/kg en niños)..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Si, y tiene una vía de acceso intravenosa adecuada y los líquidos necesarios para revivirlo..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Tiene el paciente reserva de sangre..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Valoración de anestesia..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Apto para la cirugía..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A

¿Qué recomendaciones anestésicas hay?

- Ayuno de más de 6 horas (niños) y 8 horas (adultos)..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Cama disponible en UCI..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Toma actualmente algún medicamento?..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Cuál?.....
- ¿Trae medicamentos que esté tomando?..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- La instrumentadora quirúrgica verifica:
 - Indicadores de esterilidad del paquete y equipos..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Equipos básicos especializados..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Suturas e insumos requeridos..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Remisiones..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Verificación de lápiz electro, torres, balas, microscopio..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- La auxiliar revisa el estado de la piel del paciente..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Revisión máquina de anestesia por anestesiólogo y auxiliar de enfermería..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Vaporizadores..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Paso rápido de oxígeno..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Circuito respiratorio..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A

ANTES DE LA INCISION CUTANEA

- Confirmar que todo el personal se haya identificado por su nombre y función..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- El Cirujano, Anestesiólogo y Auxiliar de Enfermería confirman verbalmente:
 - La identidad del paciente..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - El lugar del cuerpo a intervenir..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - El procedimiento a realizar..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Anticipación de pasos críticos, el Cirujano Repasa:
 - ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración del procedimiento, la pérdida sanguínea anticipada?..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO

- La Auxiliar de Enfermería confirma verbalmente con el personal: Nombre del procedimiento realizado y registrado..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- El recuento de instrumentos, compresas y/o gasas y agujas son correctos..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Se han recibido las muestras para estudio de patología y se han rotulado correctamente?..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Cuál?..... Ninguno
- ¿Hay algún problema con el equipo que requiera atención?..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- ¿Cuál?.....
- El Cirujano, Anestesiólogo y Auxiliar de Enfermería repasan las inquietudes claves sobre la recuperación y el manejo del paciente..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- El recién nacido sale con manilla de identificación previa verificación de datos con la madre..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
- Verificar indicaciones referentes a:
 - Cuidado de la herida..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Drenajes..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Especificaciones sobre la medicación..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A
 - Revisión del estado de la piel del paciente..... ☒ SI ☐ NO ☐ N/A



FIRMA DEL RESPONSABLE: Jaime Esteban Vargas 253
C.C. 1.073.160.322
T.P. ENFERMERIA



HISTORIA CLINICA 51849125 DIA 22 MES 2 AÑO 14 GASTOS QUIRURGICOS No. 108776

CIRUJANO: Dr. Rodriguez ANESTESIOLOGO: Dra Cordana INSTRUMENTADORA: Andy Marin AYUDANTE: Da Pinilla CIRCULANTE: Juanor Vargas

INTERVENCION: Laparotomia quirurgica TIPO DE ANESTESIA: Regional

DROGAS	P/G*	CANT.	INSUMOS	CANT.	INSUMOS	CANT.	INSUMOS	CANT.	INSUMOS	CANT.
USO EN ANESTESIA			Cistoflo		SEDA:		PAQUETE DE ROPA	1	Compresas	
Tiopental Sódico			Buretrol		Seda Precortada		Bata	1	Apósitos	
Succinilcolina			Equipo Macrogoiteo				Boito	1	Gasas	9
D-Tubocurarina			Equipo Microgoiteo				Polainas	2		
Vecuronio			Aguja para Aire		Prolene 0		ASEPSIA:		Guantes	6+7
Isorane			Jeringa 1 C.C.		Prolene 2/0 SC26 2		Lápis de Electrobisturi	1	Cinta Umbilical	
Fentanyl			Jeringa 2 C.C.		Prolene 3/0 PSI 1		Placa de Electrobisturi	1	Manilla	
Diazepam			Jeringa 5 C.C.	2					Electrodos	3
Midazolam			Have 3 vials	1			RECOLECTOR		Quirucida	2
Nalbufina			Ext Anesth	4			Exovac		Jabon	1
Sevorane			Jeringa 10 C.C.	1+1	Vicryl 0		Mechas		Quirucida	1
Marcaína Pesada		3amp	Jeringa 20 y 50 C.C.		Vicryl 1/0		Vendas Yeso		Solucin	1
Marcaína S.E.			Gelco # 14		Vicryl 2/0				Linea joro	1
Xilocaína Jalea			Gelco # 16		Vicryl 3/0				Reguleim	1
Xilocaína Solución			Gelco # 18	3			Vendas Elásticas	ext 2+1		
Spinocon #27		1	Gelco # 20				Venda Algodón	ext 2+2		
			Gelco # 22		Ethibon					
			Gelco # 24							

ANALGESICOS: Diclofenac 2cc 3amp Heparidina 3cc 0 ANTIBIOTICOS: Cephalotina 1gr. 2amp

OTROS: Atropina Cánula Nasal Oxitocina Humidificadores Vitamina K Equipo Ventury Prostigmine

LIQUIDOS: Dextrosa A.D. 5% Dextrosa S.S. L. Ringer 500 ml. 3 = 3 L. Ringer 1000 ml. S.S.N. 500 ml. 2+6 S.S.N. 1000 ml.

HOJAS BISTURI Nd 5-1 20=1

SUTURAS: Cromado 0 Cromado 1/0 Cromado 2/0

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS O SUMINISTROS ESPECIALES*

CANTIDAD	DESCRIPCION	REF. O PRECIO
3	Pachynus	
TOTAL		

HOJA DE RECUENTO

COMPRESAS	ROLLOS ABDOMINALES	GASAS	TORUNDAS	MECHAS VAGINALES
20	20			

COMPLETO: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES: Completet

FIRMA Y SELLO CIRUJANO: Dr. Rodriguez FIRMA INSTRUMENTADORA: Andy Marin

TIEMPO DE CIRUGIA: HORA INICIO: FINALIZACION:

3373886/3143674841

O Rodriguez
19 Feb 0
6:00am
oil pte

264
255



VALORACION PREANESTESICA-CLINICA -PARTENON.

FORMA:CP-001-05

NOMBRE: CRUZ DIAZ CLARA STELLA DI: 51849125 EDAD : 47A. FECHA : 17 /02 /2014

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: OSTEOSINTESIS PERONE DER.

1. ANTECEDENTES QUIRURGICOS: 2 LAVADOS QUIRURGICOS 170114 EN GIRARDOT, OSTEOSISTESIS CON PLACA EL 300114
2. COMPLICACIONES ANESTESICAS ANTERIORES: SI. NO: X
3. TOXICOS: NINGUNO
- FUMA: SI: NO: X, ALCOHOL: SI: NO: X DROGAS ALUCINOGENAS: SI: NO: X
- ALERGIAS: NIEGA
4. REACCION A TRANSFUSIONES SANGUINEAS: SI: NO: X 3 TRASFUSIONES EN GIRARDOT
5. ANTECEDENTES FAMILIARES: SI: MADRE HIPERTENSA NO:
6. ENFERMEDADES ACTUALES: TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL MID
7. MEDICAMENTOS ACTUALES : DICLOXACILINA 500MGS. 2 C/8HS. NAPROXENO 1 AL DIA, ACETAMINOFEN 500MGS. C/4HS. SE APLICA LA ENOXAPARINA NI ASA.



CAPACIDAD CARDIORESPIRATORIA:

- CLASE FUNCIONAL: NIEGA DISNEA O TOS O DOLOR TORACICO CON ACTIVIDAD DE RUTINA O GRANDES ESFUERZOS , CAPACIDAD FUNCIONAL 6 -10 METS
- 8. EXAMENES PARACLINICOS:
- PARACLINICOS: NO HAY
- Hb: 11,10 Hto: 35,1% Plq: 611000 X mm³, Glicemia: mg, BUN: 11,8mg, Creatinina: 0,59mg., PT: 13,50seg., PTT : 26,70 seg. INR: 0,98
- TSH : EKG : RS. 79' NORMAL
- RX TORAX:
- P. de O. :

9. EXAMEN FISICO:

T/A: 134/92 mm Hg, FC: 93 ,SPO2: 93 % ,FR: 16 X' , PESO: 52KGS ,TALLA: 1,63MTS. IMC:

1. VIA AEREA: ADECUADA APERTURA ORAL

- APERTURA ORAL: > 4 cm PROTESIS DENTARIA:
- DISTANCIA TIRO/ MENTONIANA 6 cm MALLAMPATI: I/IV
- CORMACK: SE EXPLORA SI: NO: X
- RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL: SI: NO: X

1. DIENTES PROMINENTES: SI: NO: X

2. MAGROGLOSIA: SI: NO: X

3. MICROGNATIA: SI: NO: X

5. REQUIERE VISUALIZACION PREVIA EN SALAS: SI: NO: X

2. CARDIOPULMONAR: RS CS RITMICOS SIN SOPLOS

NORMAL: SI: X NO:

ANORMAL: SI: NO:

3. ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO

• NORMAL: SI: X NO:

ANORMAL: SI: NO:

4. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

• NORMAL: SI: x NO:

ANORMAL: SI: NO:

5. SISTEMA RENAL:

• NORMAL: SI: x NO:

ANORMAL: SI: NO:

6. SISTEMA DE LOCOMOCION:

• NORMAL: SI: x NO:

ANORMAL: SI: NO:

7. VASCULAR PERIFERICO:

• NORMAL: SI: X NO:

ANORMAL: SI: NO:

8. GINECO-OBSTETRICO:

• NORMAL: SI: NO:

ANORMAL: SI: NO:

9. SISTEMA ENDOCRINO:

• NORMAL: SI: NO:

ANORMAL: SI: NO:

10. OTRAS EXPLORACIONES:

CONCEPTO:

• ASA: I / V PROGRAMAR: SI: X NO:

• RECOMENDACIONES: SE PUEDE PROGRAMAR CON AYUNO DE 8 HORAS.

• SE EXPLICA PROCEDIMIENTO ANESTESICO ,

• POSIBLES RIESGOS Y O COMPLICACIONES

• FIRMAR CONSENTIMIENTO INFORMADO.

• ANEXA REPORTE DE LABORATORIO: SI: X NO:

• SOLICITUD EXAMENES COMPLEMENTARIOS :

ANESTESIOLOGO: DR. EDGAR PEREZ GARCIA

RM. 6296

Dr. Edgar Pérez
Anestesiólogo
R.M. # 6296
e.c # 17.122



255
256



242
256
257

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA CLINICA PARTENON
SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA MEDICAMENTO NO POS
Medicamentos no incluidos en el Acuerdo 29 del 2011 y soportado por la Resolución 3099 de 2008

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO TRATANTE ESPECIALISTA. DEBE ANEXAR LA FORMULA MEDICA ORIGINAL.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DIA 23 MES: FEBRERO AÑO: 2014

IDENTIFICACION REGIMEN

CONTRIBUTIVO: XX SUBSIDIADO: NO ASEGURADO XX
EPS: COMPENSAR

I. ENCABEZADO:

NOMBRE: CLARA STELLA CRUZ DIAZ **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** No 51849125 CC X TI RC CE
DIRECCION DIAGONAL 18 A SUR 7 - 29 **TELEFONO** 3373886
NOMBRE MEDICO TRATANTE: CAMILA ANDREA ARIAS SOLETO
REGISTRO MEDICO 08-05610/12 **MEDICINA GENERAL TELEFONO** 4306767 ext: 500



DIAGNOSTICOS:

1. OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE (M866)

b. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

PACIENTE DE 47 AÑOS CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRTS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR. VALORADA HOY POR INFECTOLOGÍA, DR. NARVAEZ, QUIEN CONSIDERA DEBE SUSPENDERSE MEROPENEM E INICIARSE ERTAPENEM 1G IV CADA DÍA POR 14 DÍAS YA QUE NO HAY PRESIÓN MICROBIOLÓGICA A GÉRMENES NO FERMENTADORES DEL PRIMERO. ADEMÁS, LUEGO DEBE COMPLETAR 4 SEMANAS ADICIONALES DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA 500MG VO CADA 12 HORAS Y TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 160/800MG VO CADA 12 HORAS. VALORADA DEMÁS POR DR. RUBÉN RODRÍGUEZ, ORTOPEDIA, QUIEN ORDENA NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO + POSIBLE FIJACIÓN DEFINITIVA EN 48 HORAS. PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD, CON TRASTORNO DEPRESIVO, SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA, SE AJUSTA ALPRAZOLAM DOSIS DE 0.5MG VO CADA 12 HORAS. SE HACE TERAPIA DE APOYO EMOCIONAL. SE INICIA TERAPIA FÍSICA 3 VECES DÍA. SE ORDENA CAMBIO A HABITACIÓN CON VENTANA Y ACOMPAÑANTE PERMANENTE. PACIENTE QUIEN TIENE ORDENADO AISLAMIENTO DE CONTACTO PERO POR TRASTORNO DE ANSIEDAD NO PERMITE CERRAR LA PUERTA. SE HABLA CON HIJA, SE EXPLICA PATOLOGÍA, CONDUCTA, SE ENFATIZA EN NECESIDAD DE APOYO FAMILIAR, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL POR EL MOMENTO.

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN:

PRINCIPIO ACTIVO

RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA: NO MEJORIA REACCIONES ADVERSAS INTOLERANCIA
NO EXISTE ALTERNATIVA EN EL POS XX

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN

PRINCIPIO ACTIVO

TIEMPO DE UTILIZACIÓN

TIEMPO DE UTILIZACIÓN

RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA: NO MEJORIA REACCIONES ADVERSAS INTOLERANCIA
NO EXISTE ALTERNATIVA EN EL POS XX

MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO HOSPITALARIO X URGENTE X

PRINCIPIO ACTIVO **ERTAPENEM**

CONCENTRACIÓN: **AMPOLLAS 1 GR**

FORMA FARMACEUTICA **AMPOLLA**

GRUPO TERAPEUTICO: **CARBAPENEMS**

CANTIDAD REQUERIDA DIARIA **1 GRAMO CADA DIA**

CANTIDAD TOTAL A UTILIZAR: **14 AMPOLLAS**

NUMERO DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO **14 DIAS**

EFFECTO TERAPÉUTICO DESEADO ANTIBIOTICO BETALACTAMICO CONTROL INFECCION ANAEROBIOS GRAM NEGATIVOS

TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA 48 HORAS

EFFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MEDICAMENTO NO POS:
ANAFILAXIA, SINDROME DE STENVERNS JHONSONS, NAUSEAS, VOMITOS, DIARREA, CEFALEA.

e. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD:

1. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE:

SI X NO

EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE JUSTIFIQUELO:
REQUIERE CONTROL DE MULTIGERME RESISTENTE DE LO CONTRARIO DESARROLLARA FALLA MULTIORGANICA Y MUERTE.

2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EXISTENTES EN EL POS:

SI x NO

ESTA AUTORIZADA POR EL INVIMA LA COMERCIALIZACION Y EXPENDIO EN COLOMBIA PARA ESTE DIAGNOSTICO:

SI X NO

EL COMITE VERIFICARA SI COINCIDE LA PRESCRIPCION CON LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS APROBADAS POR EL INVIMA EN EL REGISTRO SANITARIO.

REGISTRO INVIMA: 2002M0002061

EL COMITÉ NO APROBARA TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES NI MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA TRATAMIENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POS.

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

No. REGISTRO MEDICO

Carolina Andrea Ariza Soto
Médico y Cirujano General
RM. 08-05610/12

Copia de esta justificación deberá reposar en la HISTORIA CLINICA





CLINICA PARTENÓN

RESUMEN HISTORIA CLINICA

DOC HOS-F06

Versión 1

259
268

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Identificación: 51849125

Edad: 47 A

Fecha solicitud: 23/02/2014 14:18:59

EPS: COMPENSAR- E.P.S

Servicio: HOSPITALIZACION

Cama: 312

Diagnóstico: FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

PACIENTE DE 47 AÑOS CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR. VALORADA HOY POR INFECTOLOGÍA, DR. NARVAEZ, QUIEN CONSIDERA DEBE SUSPENDERSE MEROPENEM E INICIARSE ERTAPENEM 1G IV CADA DÍA POR 14 DÍAS YA QUE NO HAY PRESIÓN MICROBIOLÓGICA A GÉRMESES NO FERMENTADORES DEL PRIMERO. ADEMÁS, LUEGO DEBE COMPLETAR 4 SEMANAS ADICIONALES DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA 500MG VO CADA 12 HORAS Y TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 160/800MG VO CADA 12 HORAS. VALORADA DEMÁS POR DR. RUBÉN RODRÍGUEZ, ORTOPEDIA, QUIEN ORDENA NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO + POSIBLE FIJACIÓN DEFINITIVA EN 48 HORAS. PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD, CON TRASTORNO DEPRESIVO, SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA, SE AJUSTA ALPRAZOLAM DOSIS DE 0.5MG VO CADA 12 HORAS. SE HACE TERAPIA DE APOYO EMOCIONAL. SE INICIA TERAPIA FÍSICA 3 VECES DÍA. SE ORDENA CAMBIO A HABITACIÓN CON VENTANA Y ACOMPAÑANTE PERMANENTE. PACIENTE QUIEN TIENE ORDENADO AISLAMIENTO DE CONTACTO PERO POR TRASTORNO DE ANSIEDAD NO PERMITE CERRAR LA PUERTA. SE HABLA CON HIJA, SE EXPLICA PATOLOGÍA, CONDUCTA, SE ENFATIZA EN NECESIDAD DE APOYO FAMILIAR, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL POR EL MOMENTO.

SIGNOS VITALES

TA Sistólica: 120

TA Diástolica: 80

FC: 80

FR: 16

TEMPERATURA: 36.6

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

SOLICITUD DE ERTAPENEM AMPOLLA 1G

MOTIVO SOLICITUD

PACIENTE DE 47 AÑOS CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA POR ENTEROBACTER CLOACAE, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR. VALORADA HOY POR INFECTOLOGÍA, DR. NARVAEZ, QUIEN CONSIDERA DEBE SUSPENDERSE MEROPENEM E INICIARSE ERTAPENEM 1G IV CADA DÍA POR 14 DÍAS YA QUE NO HAY PRESIÓN MICROBIOLÓGICA A GÉRMESES NO FERMENTADORES DEL PRIMERO. ADEMÁS, LUEGO DEBE COMPLETAR 4 SEMANAS ADICIONALES DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA 500MG VO CADA 12 HORAS Y TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 160/800MG VO CADA 12 HORAS. VALORADA DEMÁS POR DR. RUBÉN RODRÍGUEZ, ORTOPEDIA, QUIEN ORDENA NUEVO LAVADO QUIRÚRGICO + POSIBLE FIJACIÓN DEFINITIVA EN 48 HORAS. PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD, CON TRASTORNO DEPRESIVO, SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA, SE AJUSTA ALPRAZOLAM DOSIS DE 0.5MG VO CADA 12 HORAS. SE HACE TERAPIA DE APOYO EMOCIONAL. SE INICIA TERAPIA FÍSICA 3 VECES DÍA. SE ORDENA CAMBIO A HABITACIÓN CON VENTANA Y ACOMPAÑANTE PERMANENTE. PACIENTE QUIEN TIENE ORDENADO AISLAMIENTO DE CONTACTO PERO POR TRASTORNO DE ANSIEDAD NO PERMITE CERRAR LA PUERTA. SE HABLA CON HIJA, SE EXPLICA PATOLOGÍA, CONDUCTA, SE ENFATIZA EN NECESIDAD DE APOYO FAMILIAR, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. RESTO DE MANEJO CONTINÚA IGUAL POR EL MOMENTO.

ESPACIO PARA FIRMA Y SELLO

Médico tratante: ARIAS SOTELO CAMILA ANDREA
Registro Médico:Camila Andrea Arias Sotelo
Médico y Cirujano General
R.M. 08-05610/12



303

Departamento de Admisiones

ADM-F001 V 1

Hoja de Hospitalización



H.C. No: 51849125

Ing: 3

DATOS PERSONALES

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Doc. identidad: CC 51849125

Fecha nacimiento: 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Barrio: SANCRISTOBAL SUR

Municipio: BOGOTA D.C

Ocupación: EMPLEADO

Empresa donde labora:

DATOS DEL INGRESO

Fecha ingreso: 19/02/2014

Hora ingreso:

Tipo atención: Hospitalaria

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Médico: ALVARADO PARDO CONSTANZA

Habitación: 303

Otras autorizaciones y auto.urgencias:

EMPRESA RESPONSABLE DEL USUARIO

EPS o Empresa: COMPENSAR 2014

Tipo de afiliado: Cotizante

%Cobertura EPS: 100

Semanas cotizadas: 91

Estrato o nivel salarial: 11 A

No autorización: 4739922

Fecha: 19/02/2014

Autorizado por: OTU QX

o No Poliza:

Cotizante Id: 51849125

Nombre del cotizante: .

Responsable del paciente: KAREN LORENA PARRA

Parentesco: HIJA

Teléfono: 3167225884

DATOS DEL MOTIVO

Diagnóstico: T12X FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

Dx rel 1: 0

Tratamiento: LUXOFRACTURA DE TOBILLO

Cambios tto: REDUCCION ABIERTA+OSTEOST TIBIA DERECHA

Observaciones:

Atención inicial por: ANDRES_EDS

19/02/2014 6:04:10

Causa externa:

Enfermedad general

Ultima actualización: CARO_RUIZ_

25/02/2014 12:22:48

Fecha de impresión:

25/02/2014 12:23:47





Solicitud de Autorización de Servicios

303

25/02/2014 11:47:02

270

261

51849125

Fecha de solicitud 25/02/2014

Usuario Id: 51849125

3

Apellidos: CRUZ DIAZ

Nombres: CLARA STELLA

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: T814

Se solicita autorización para realizar los siguientes procedimientos:

ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION CLINCA FAVORABLE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS, TOLERA LA VIA ORAL, MEJORIA DE ANSIEDADA CON MEDICAMENTO, DIURESIS POSITIVA, DEPOSICION NEGATIVA, MID INMOVOLIZADO CON FERULA POSTERIOR, SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

PACIENTE EN MANEJO POR ORTOPEDIA QUIEN RREALIZARA MAÑANA QX

AUTORIZACION PARA REDUCCION ABIERTA + OSTEOSINTESIS DE TIBIA DERECHA

Dra. Tatiana Gonzalez Clavijo
F.U.C.S. Médico
Hospital San José
C.C. 13.073.824 E16.

ADMIS
Carolina Ruiz
Feb 25/2014
12:24

DRA TATIANA GONZALEZ CLAVIJO

Firma y sello del profesional





Solicitud de Autorización de Servicios

15/02/2014 12:13:50

51849125

Fecha de solicitud 15/02/2014

Usuario Id: 51849125

Apellidos: CRUZ DIAZ

Nombres: CLARA STELLA

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1976

Edad: 37 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Teléfono: 3163980170

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: S930

Se solicita autorización para realizar los siguientes procedimientos:

Cinco de Revisión

PACIENTE CON LUXOFRATURA DE TOBILLO QUE REQUIERE REDUCCION ABIERTA MAS
OSTEOSINTESIS
MAS RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS

COD: 795604 -793701 - 814901

MATERIAL DEOSTEOSINTESIS:

PLACA TERCIO DE CAÑA → OJO: BLOQUEADA

TORNILLOS DE ESPONJOSA Y CORTICAL DE 4.0 CON SUS RESPECTIVAS ARANDELAS

SUTURAS DE ANCLAJE

CLAVOS DE KIRSHNER

RX PORTATIL+INTENSIFICADOR DE IMAGENES



Tiempo Operativo: 3 horas

Programa para cote
mañes con el dr
Soler

DRA ANGELICA MARIA RODRIGUEZ C

Firma y sello del profesional

8
RM 260159-08

44
Atención
Sistema
PO 18/14



Solicitud de Autorización de Servicios

15/02/2014 12:13:50

51849125

Fecha de solicitud 15/02/2014

Usuario Id: 51849125

Apellidos: **CRUZ DIAZ**Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1976

Edad: 37 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Teléfono: 3163980170

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: S930

Se solicita autorización para realizar los siguientes procedimientos:

Ortopedia de Revisión

PACIENTE CON LUXOFRATURA DE TOBILLO QUE REQUIERE REDUCCION ABIERTA MAS
OSTEOSINTESIS
MAS RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS

COD: 795604 -793701 - 814901

MATERIAL DEOSTEOSINTESIS:

PLACA TERCIO DE CAÑA

TORNILLOS DE ESPONJOSA Y CORTICAL DE 4.0 CON SUS RESPECTIVAS ARANDELAS

SUTURAS DE ANCLAJE

CLAVOS DE KIRSHNER

RX PORTATIL+INTENSIFICADOR DE IMAGENES

*000: BLOQUEADA**Tiempo operatorio
3 horas.**Programar este proximo
martes con el
dr. Soler.*

DRA ANGELICA MARIA RODRIGUEZ C

Firma y sello del profesional

*Dr. Angelica Maria Rodriguez Comp.
Ortopedia y Traumatología
C.R.M. 250159-08*



FORMATO PARA TOMA DE CULTIVOS

DCL - F - 074

V:1

Nombre completo: Clara Stella Cruz Dor No. 51849125

Sexo: F ☒ M ☐ Identificación: C.C.X ☐ T.I. ☐ R.C. ☐

EPS

Compensa

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 11 Año 1966 Edad: 47 Fecha de ingreso: Día 19 Mes 02 Año 2014

Serv. Ginecoobst. UCI Adulto ☐ Ortopedia ☒ Medicina interna ☐ UCI Neonatos ☐

Urología ☐ Cx. Plástica ☐ Otros: ☐

Fecha de toma: Día 19 Mes 02 Año 2014 Hora 9:00 Am

Motivo de toma de la muestra: Fluores Albuta Tipo de muestra: Cultivo Maledo Medial T.B.a No. de muestras 2

Se inició antibiótico: Sí ☒ No ☐ ¿Cuál? Cefazolin

Es infección intrahospitalaria: ☐ No ☒ Tipo de infección: *ISO ☐ Sepsis ☐ IVU ☐ Onfalitis ☐ Neumonía ☐

Enterocolitis ☐ Endometritis ☐ Bacteriemia ☐ Mastitis ☐

Especificar si hay asociación con catéteres intravasculares o urinarios:

Días previos a la infección

** Condición al egreso: Mejoría ☐ Muerte ☐ Pendiente ☐

*Especificar si es superficial, profunda o de cavidad. **Diligenciado por el Comité.

Dr. Andrés Julieta Bermúdez

Medico U.C.S
C.C. 80.901.616
RM 16790

Firma y sello del médico



228
264



303

Departamento de Admisiones

ADM-F001 V 1

Hoja de Hospitalización



H.C. No: 51849125

Ing : 3

DATOS PERSONALES

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Doc. identidad: CC 51849125

Fecha nacimiento: 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Barrio: SANCRISTOBAL SUR

Municipio: BOGOTA D.C

Ocupación: EMPLEADO

Empresa donde labora:

DATOS DEL INGRESO

Fecha ingreso: 19/02/2014 Hora ingreso:

Tipo atención: Hospitalaria

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Médico: ALVARADO PARDO CONSTANZA

Habitación: 303

Otras autorizaciones y auto.urgencias:

EMPRESA RESPONSABLE DEL USUARIO

EPS o Empresa: COMPENSAR 2014

Tipo de afiliado: Cotizante

%Cobertura EPS: 100

Semanas cotizadas: 91

Estrato o nivel salarial: 11 A

No autorización: CONVENIO

Fecha: 19/02/2014

Autorizado por: CONVENIO

No Poliza:

Cotizante Id: 51849125

Nombre del cotizante:

Responsable del paciente: KAREN LORENA PARRA

Parentesco: HIJA

Teléfono: 3167225884

DATOS DEL MOTIVO

Diagnóstico: T12X FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

Dx rel 1: 0

Tratamiento: LUXOFRACTURA DE TOBILLO

Cambios tto: LAVADO QX

Observaciones:

Atención inicial por: ANDRES_EDS

19/02/2014 6:04:10

Causa externa:

Enfermedad general

Ultima actualización: CARO_RUIZ_

24/02/2014 8:12:20

Fecha de impresión: 24/02/2014 8:13:18



Windows XP

Página de prueba de la impresora

Felicidades

Si puede leer esta información, ha instalado correctamente su HP LaserJet M4555 MFP PCL 6 en ESTACION197.

La información que aparece abajo describe la configuración del controlador y puerto de la impresora.

Hora de envío: 08:06:21 24/02/2014
Nombre de equipo: ESTACION197
Nombre de impresora: HP LaserJet M4555 MFP PCL 6
Modelo de impresora: HP LaserJet M4555 MFP PCL 6
Compatibilidad de color: sí
Nombres de puerto: IP_10.2.1.213
Formato de datos: RAW
Nombre de recurso compartido:
Ubicación:
Comentario:
Nombre de controlador: unidrv.dll
Archivo de datos: hpc45556.gpd
Archivo de configuración: hpmcp130.dll
Archivo de Ayuda: unidrv.hlp
Versión del controlador: 6,00
Entorno: windows NT x86

Archivos adicionales usados por este controlador:

C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcm4555.cfg
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpbcfgve.dll (1, 0, 4, 101)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpc45556.xml
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcsc130.dtd
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpc455x6.gpd
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpc4555c.ini
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcp6.hpx
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcui130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcpn130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcpe130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpc6r130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcdm32.dll (1, 0, 4, 101)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\cioum.dll (13,1,1,51)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\cioum32.msi
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpc6m130.gpd
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcsm130.gpd
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcst130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcur130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpmsn130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpmsl130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcsn130.dem
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcsat20.dll (0, 3, 12, 12)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpcev130.dll (61.130.04.12834)
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\pclxl.dll (6.0.5479.0)
(vb1_wcp_d2_drivers.060616-1619))
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\pj1.gpd
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\pclxl.gpd
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\hpchl130.cab
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\unires.dll (6.1.7600.16385)
(win7_rtm.090713-1255))
C:\WINDOWS\System32\spool\DRIVERS\W32X86\3\unidrvui.dll (6.1.7600.16385)



311

Departamento de Admisiones

ADM-F001 V 1

Hoja de Hospitalización



H.C. No: 51849125

Ing : 3

DATOS PERSONALES

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Doc. identidad: CC 51849125

Fecha nacimiento: 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Barrio: SANCRISTOBAL SUR

Municipio: BOGOTA D.C

Ocupación: EMPLEADO

Empresa donde labora:



DATOS DEL INGRESO

Fecha ingreso: 19/02/2014 Hora ingreso:

Tipo atención: Hospitalaria

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Médico: ALVARADO PARDO CONSTANZA

Habitación: 311

Otras autorizaciones y auto.urgencias:

EMPRESA RESPONSABLE DEL USUARIO

EPS o Empresa: COMPENSAR 2014

Tipo de afiliado: Cotizante

%Cobertura EPS: 100

Semanas cotizadas: 91

Estrato o nivel salarial: 11 A

No autorización: CONVENIO

Fecha: 19/02/2014

Autorizado por: CONVENIO

No Poliza:

Cotizante Id: 51849125

Nombre del cotizante:

Responsable del paciente: KAREN LORENA PARRA

Parentesco: HIJA

Teléfono: 3167225884

DATOS DEL MOTIVO

Diagnóstico: T12X FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

Dx rel 1: 0

Tratamiento: LUXOFRACTURA DE TOBILLO

Cambios tto: LAVADO QX+ DESBRIAMIENTO PIERNA

Observaciones:

Atención inicial por: ANDRES_EDS

19/02/2014 06:04:10

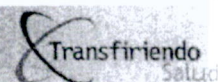
Causa externa:

Enfermedad general

Ultima actualizacion: DORA_AS

20/02/2014 14:43:32

Fecha de impresión: 21/02/2014 17:06:09



Respuesta Solicitud

LUZ HELENA SANCHEZ

Datos de Filtro

Tipo de Documento del Paciente

Cédula de ciudadanía

Opción

Trabajador

EPS

Compensar

Nº Documento del Paciente

19430102

Buscar

Datos Afiliado

Tipo de Documento del Afiliado

Cédula de ciudadanía

Nombres del Afiliado

OSCAR ALFONSO

Fecha de Nacimiento

15/02/1961

Tipo de Documento del Empresa

Nit

Acumulado Copago

0

Estado en POS

Afiliado

Sede

MODELO DE ATENCION

Nº Documento del Afiliado

19430102

Apellidos del Afiliado

LAGOS AVILA

Estrato

2

Id Empresa

860510428

Semanas Cotizadas

526

Estado en el plan complementario

No Afiliado

Fecha de Comprobación

2/21/2014 4:56:22 PM

Cerrar

Transfiriendo 2014

CX05

Departamento de Admisiones

ADM-F001 V 1

Hoja de Hospitalización



H.C. No: 51849125

Ing : 3

DATOS PERSONALES

Nombre: CRUZ DIAZ CLARA STELLA

Doc. identidad: CC 51849125

Fecha nacimiento: 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Dirección: DIAG 18 SAUR 7 29

Teléfono: 3373886

Barrio: SANCRISTOBAL SUR

Municipio: BOGOTA D.C

Ocupación: EMPLEADO

Empresa donde labora:



DATOS DEL INGRESO

Fecha ingreso: 19/02/2014 Hora ingreso:

Tipo atención: Hospitalaria

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Médico: ALVARADO PARDO CONSTANZA

Habitación: CX05

Otras autorizaciones y auto.urgencias:

EMPRESA RESPONSABLE DEL USUARIO

EPS o Empresa: COMPENSAR 2014

Tipo de afiliado: Cotizante

%Cobertura EPS: 100

Semanas cotizadas: 91

Estrato o nivel salarial: 11 A

No autorización: CONVENIO

Fecha: 19/02/2014

Autorizado por: CONVENIO

o No Poliza:

Cotizante Id: 51849125

Nombre del cotizante:

Responsable del paciente: KAREN LORENA PARRA

Parentesco: HIJA

Teléfono: 3167225884

DATOS DEL MOTIVO

Diagnóstico: T12X FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

Dx rel 1: 0

Tratamiento: LUXOFRACTURA DE TOBILLO

Cambios tto: LUXOFRACTURA DE TOBILLO

Observaciones:

Atención inicial por: ANDRES_EDS

19/02/2014 06:04:10

Causa externa: Enfermedad general

Ultima actualizacion: ANDRES_EDS

19/02/2014 06:06:34

Fecha de impresión: 19/02/2014 06:07:41

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO



Yo Cruz Stella Cruz Ortiz
mayor de edad, identificado(a) con documento de identidad No. 51849125
actuando en nombre propio.

DECLARO: Que he acudido a la consulta preanestésica el día 22 de Feb del año 2014
con el Doctor En Soc. de Ciruj

Habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Se me examinó y evaluó los exámenes prequirúrgicos, determinó mi condición clínica para afrontar el procedimiento anestésico.

Me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones más frecuentes como son náuseas, vómito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central y/o periférico, daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, neumonía, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, infarto del miocardio, trombosis o embolia cerebral y hasta la muerte. Se me ha informado sobre las diferentes técnicas anestésicas y la más adecuada para mí o mi familiar.

Me ha informado que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales necesarios para preservar mi vida y mi integridad personal. Por lo tanto autorizo la realización de éstos procedimientos si el anestesiólogo lo juzga necesario.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

Manifiesto que he leído, comprendido y aceptado lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. Así mismo me comprometo a tener en cuenta las recomendaciones de ayuno estricto y además relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiéndolo que si no las sigo, mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

También se me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar éste consentimiento antes del procedimiento.

Por lo tanto consiento que se me realice la atención anestésica que profesionalmente se considere más adecuada para mí, y en caso de precisarlo, autorizo a cambiar a otra técnica anestésica, si en el mismo acto ello fuera imprescindible.

Fecha del procedimiento anestésico

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

Firma y nombre del testigo
C.C.

SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONSCIENTE, SEA MENOR DE EDAD Y/O SE ENCUENTRE INCAPACITADO MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El anestesiólogo me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello.

YO _____, con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que anestesiólogo(a) _____ asignado por la institución realice el procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares (parentesco)
C.C.

Firma y nombre del testigo
C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del(los) acto(s) anestésico(s) citado(s) y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma del Anestesiólogo R.M. No. 252920



**SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE Y/O FAMILIAR NO ACEPTÉ
LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS**

DCL - F-068
V.2

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión

Firma y cédula del paciente o responsable del paciente

Firma del Anestesiólogo R.M. No.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

DCL - F 008



1. Previamente al procedimiento de enfermería que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al personal de enfermería de elección en la **CLÍNICA PARTENON LTDA.**, realizar en mí o en el paciente:

Clara Estrella Cruz Diaz

los procedimientos de enfermería que se llevarán a cabo durante mi estancia o estancia de mi familiar en la institución.

2. El personal de enfermería me ha explicado la naturaleza y propósito de los procedimientos de enfermería, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados del procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con el procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso del procedimiento puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.
4. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado.

Fecha

22 Febrero 2014



Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

Firma y nombre del testigo

C.C.

SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONSCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, SEA MENOR DE EDAD Y/O SE ENCUENTRE INCAPACITADO MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES

Tutor legal o familiar

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El personal de enfermería me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____, con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que el(los) enfermeros(as) _____ asignados por la institución realice(n) el procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiar (parentesco)

C.C.

Firma y nombre del testigo

C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del(los) procedimiento(s) citado(s) en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Josmar Chana Vargas
T.P. ENFERMERIA
C.C. 1.073.160.322

Firma del personal de Enfermería

**SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE Y/O FAMILIAR NO ACEPTE
LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA**

DCL - F - 078
V.1

Rechazo el procedimiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión

Firma y cédula del paciente o responsable del paciente

Firma del personal de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCION QUIRURGICA PROCEDIMIENTO MEDICO

1. Previamente a la intervención quirúrgica y/o procedimiento especial que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al Doctor:

Ruben Rodriguez

Ortopedia y Traumatología
Unidad del Rosario



y a los asistentes de su elección en la CLINICA PARTENON LTDA., a realizar en mi o en el paciente:

Clara Stella Cruz

las siguientes intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales

Lavado quirurgico + Desbridamiento

que se llevarán a cabo el día *22* de *Febrero* del año *2014*

2. El Doctor

Dr. Ruben Rodriguez

Dr. Ruben A. Rodriguez
Ortopedia y Traumatología
Unidad del Rosario
80.097.233

Me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados de la intervención o procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con la intervención-procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.

4. Igual otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte del médico quien practique el procedimiento o por un médico anesthesiologo si por sus características la intervención lo requiere, a quien autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero.

5. La Clínica Partenón Ltda. Queda autorizada para ordenar disposición final de los componentes anatomopatológicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.

6. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado postoperatorio y asistir a los controles médicos, como parte del plan de tratamiento.

7. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones:

(si no hay condiciones, escribase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar:

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

Clara Stella Cruz
C.C. *51 849.125 321*

Firma y nombre del testigo

C.C.



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, MENOR DE EDAD Y/O SEA UNA PERSONA MENTAMENTE INCAPACITADA PARA TOMAR DECISIONES.

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____ con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que el(los) Doctor(a)(es)(as) _____ asignados por la institución y el personal auxiliar que él /ella (os) (as) precise(n) le realice(n) este procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiares (parentesco)
C.C.

Firma y nombre del testigo
C.C.

Dr. Ruben A. Rodriguez
Ortopedia y Traumatología
Unidad del Rosario
80.097.233

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma Médico y R.M. No.

**DILIGENCIAR SOLO EN CASO DE NO ACEPTACION DEL TRATAMIENTO MEDICO
O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**

DCL - F - 024
V.3

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión

Firma y cédula del paciente o responsable del paciente

Firma del médico tratante o especialista R.M. No.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO



Yo clara cruz
mayor de edad, identificado(a) con documento de identidad No. _____
actuando en nombre propio.

DECLARO: Que he acudido a la consulta preanestésica el día 19 de 02 del año 14
con el Doctor doctora Alvarado

Habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Se me examinó y evaluó los exámenes prequirúrgicos, determinó mi condición clínica para afrontar el procedimiento anestésico.

Me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones más frecuentes como son náuseas, vómito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central y/o periférico, daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, neumonía sueños o recuerdos intra operatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, infarto del miocardio, trombosis o embolia cerebral y hasta la muerte. Se me ha informado sobre las diferentes técnicas anestésicas y la más adecuada para mí o mi familiar.

Me ha informado que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales necesarios para preservar mi vida y mi integridad personal. Por lo tanto autorizo la realización de éstos procedimientos si el anestesiólogo lo juzga necesario.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

Manifiesto que he leído, comprendido y aceptado lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. Así mismo me comprometo a tener en cuenta las recomendaciones de ayuno estricto y además relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

También se me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar éste consentimiento antes del procedimiento.

Por lo tanto consiento que se me realice la atención anestésica que profesionalmente se considere más adecuada para mí, y en caso de precisar, autorizo a cambiar a otra técnica anestésica, si en el mismo acto ello fuera imprescindible.

19-02-14
Fecha del procedimiento
anestésico

Clara Stella Cruz Díaz
Firma y nombre legible del paciente o persona responsable
C.C. 51.849.125Bli

[Firma]
Firma y nombre del testigo
C.C. _____



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONSCIENTE, SEA MENOR DE EDAD Y/O SE ENCUENTRE INCAPACITADO MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El anestesiólogo me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____, con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que anestesiólogo(a) _____
asignado por la institución realice el procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares (parentesco)
C.C. _____

Firma y nombre del testigo
C.C. _____

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del(los) acto(s) anestésico(s) citado(s) y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

[Firma]
Firma del Anestesiólogo R.M. N. Dr. Edgar Pérez G.
Anestesiólogo
R.M. # 6296
C.C. # 17.183.087

**SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE Y/O FAMILIAR NO ACEPTE
LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS**

DCL - F - 068
V2

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión

Firma y cédula del paciente o responsable del paciente

Firma del Anestesiólogo R.M. No.

Dra Milena
Reintervención
para reusón

cc. Dr. Gordo
Viene de otra institución.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCION QUIRURGICA PROCEDIMIENTO MEDICO

1. Previamente a la intervención quirúrgica y/o procedimiento especial que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al doctor:

Dra Alvarado



y a los asistentes de su elección en la CLINICA PARTENON LTDA., a realizar en mi o en el paciente:

Clara Cruz

las siguientes intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales

Lavido quirúrgico mas extracción cuerpo extraño

que se llevarán a cabo el día *19* de *02* del año *14*

2. El Doctor

Dra Alvarado

Me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados de la intervención o procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con la intervención-procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.

4. Igual otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte del médico quien practique el procedimiento o por un médico anestesiólogo si por sus características la intervención lo requiere, a quien autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero.

5. La Clínica Partenón Ltda. Queda autorizada para ordenar disposición final de los componentes anatomopatológicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.

6. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado postoperatorio y asistir a los controles médicos, como parte del plan de tratamiento.

7. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones:

(si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar:

Clara Stelle Cruz

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

C.C. *51849125 Bk*

Karen Lorena Pana Cruz

Firma y nombre del testigo

C.C. *1023935381*



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, MENOR DE EDAD Y/O SEA UNA PERSONA MENTAMENTE INCAPACITADA PARA TOMAR DECISIONES.

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____ con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que el(los) Doctor(a)(es)(as) _____ asiganados por la institución y el personal auxiliar que él /ella (os) (as) precise(n) le realice(n) este procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiares (parentesco)
C.C.

Firma y nombre del testigo
C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma Médico y R.M. No.

Constanza Alvarado MD
Ortopedia y Traumatología
U. del Rosario, U. Cartagena
R.M. 11-849107

**DILIGENCIAR SOLO EN CASO DE NO ACEPTACION DEL TRATAMIENTO MEDICO
O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**

DCL - F - 024
V.3

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión

Firma y cédula del paciente o responsable del paciente

Firma del médico tratante o especialista R.M. No.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

1. Previamente al procedimiento de enfermería que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al personal de enfermería de elección en la **CLÍNICA PARTENON LTDA.**, realizar en mí o en el paciente:

Clara Stella Cruz Diaz

los procedimientos de enfermería que se llevarán a cabo durante mi estancia o estancia de mi familiar en la institución.

2. El personal de enfermería me ha explicado la naturaleza y propósito de los procedimientos de enfermería, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados del procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con el procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso del procedimiento puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.

4. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado.

Fecha 19 febrero del 2014

Clara Stella Cruz Diaz

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

C.C. 51849125

Karen Lorena Parra Cruz

Firma y nombre del testigo

C.C. 1023935381



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONSCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, SEA MENOR DE EDAD Y/O SE ENCUENTRE INCAPACITADO MENTALMENTE PARA TOMAR DECISIONES

Tutor legal o familiar _____

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El personal de enfermería me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO _____, con documento de identidad _____

doy mi consentimiento para que el(los) enfermeros(as) _____ asignados por la institución realice(n) el procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiar (parentesco)
C.C. _____

Firma y nombre del testigo
C.C. _____

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del(los) procedimiento(s) citado(s) en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Su nombre Torro
Firma del personal de Enfermería

**SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE Y/O FAMILIAR NO ACEPTÉ
LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA**

DCL - F - 078
V.1

Rechazo el procedimiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión

Firma y cédula del paciente o responsable del paciente

Firma del personal de Enfermería

SUPLEMEDICOS

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

AGENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

clara Estela Cruz Diaz

80999997

51849125

283
274

Cliente Pagador: CLINICA PARTENON LTDA

NIT: 800085486

Dirección: CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad: BOGOTA D.C.

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Ruben Rodriguez

Historia clínica

ASESOR TECNICO		FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA	
SIN ASIGNAR ATC		25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014	
144 SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEAL-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON						
REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
1211777605	NOVABONE PUTTY JERINGA 5CC Reg. INVIMA: 2011DM-0007653 5 /7 /2021	1		\$ 1,743,500	\$ 0	
1211790038005	SUSTITUTO OSEO ALLOFUSE PUTTY 5CC Reg. INVIMA: 2011DM-0007561 5 /7 /2021	1		\$ 2,962,050	\$ 0	
1110270-0141	PLACA BLOQUEADA DORSAL MTP 4 GRADOS Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0142	PLACA BLOQUEADA DORSAL MTP 4 GRADOS Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0012	PLACA BLOQUEADA FUSION DORSAL MTP IZ Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0013	PLACA BLOQUEADA FUSION DORSAL MTP DE Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0109	PLACACOMBO BLOQUEADA MTP/MPJ 4 GRAD Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0110	PLACACOMBO BLOQUEADA MTP/MPJ 4 GRAD Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0329	PLACA BLOQUEADA MPJ PETITE 4 GRADOS I Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0330	PLACA BLOQUEADA MPJ PETITE 4 GRADOS D Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0018	PLACA BLOQUEADA REVISION MTP IZQUIERD Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0019	PLACA BLOQUEADA REVISION MTP DERECH Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0036	PLACACOMBO BLOQUEADA MTP/MPJ IZQUI Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0037	PLACA COMBO BLOQUEADA MTP/MPJ DERECH Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0010	PLACA BLOQUEADA PROXIMAL MT WEDGE I Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0011	PLACA BLOQUEADA PROXIMAL MT WEDGE D Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0323	PLACA BLOQUEADA PROXIMAL MT WEDGE 0 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0324	PLACA BLOQUEADA PROXIMAL MT WEDGE 0 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	



NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

Cédula Paciente:

9999997

289
275

Cliente Pagador: **CLINICA PARTENON LTDA**

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

NIT: 800085486

Nombre solicitante:

Dirección: CL 74 76 65

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Orden de Compra:

Ciudad: BOGOTA D.C.

Historia clínica

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014

144

SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEAL-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
1110270-0007	PLACA BLOQUEADA 1ST TMT 5 ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0008	PLACA BLOQUEADA 1ST TMT 4 ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0009	PLACA BLOQUEADA 2 Y 3 TMT 4 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0049	PLACA BLOQUEADA 1ST TMT 8 ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0050	PLACA BLOQUEADA 1ST TMT 7ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0051	PLACA BLOQUEADA 2 Y 3 TMT 7 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1130180-0569	REAMER CANULADO PROXIMAL 3 ARISTAS 1 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0570	REAMER CANULADO DISTAL 3 ARISTAS 16MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0571	REAMER CANULADO PROXIMAL 3 ARISTAS 1 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0572	REAMER CANULADO DISTAL 3 ARISTAS 18MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0573	REAMER CANULADO PROXIMAL 3 ARISTAS 2 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0574	REAMER CANULADO DISTAL 3 ARISTAS 20MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0575	REAMER CANULADO PROXIMAL 3 ARISTAS 2 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1130180-0576	REAMER CANULADO DISTAL 3 ARISTAS 22MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,120,000	\$ 339,200	
1110270-0022	PLACA BLOQUEADA CALCANEAL PEQUEÑA I Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0386	PLACA PROCESO ANTERIOR CALCANEAL MED Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0387	PLACA PROCESO ANTERIOR CALCANEAL MED Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0023	PLACA BLOQUEADA CALCANEAL PEQUEÑA DE Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	



NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

Cédula Paciente:

9999997

Cliente Pagador: **CLINICA PARTENON LTDA**

NIT: 800085486

Dirección: CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad: BOGOTA D.C.

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

ASESOR TECNICO		FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA	
SIN ASIGNAR ATC		25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014	
144 SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEAL-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON						
REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
1110270-0024	PLACA BLOQUEADA CALCANEAL MEDIANA IZ Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0394	PLACA TUBEROSIDAD POSTERIOR CALCANEAL Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0395	PLACA TUBEROSIDAD POSTERIOR CALCANEAL Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0025	PLACA BLOQUEADA CALCANEAL MEDIANA DE Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0400	PLACACOMBO BLOQUEADA CALCANEAL MEDI Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0401	PLACACOMBO BLOQUEADA CALCANEAL MEDI Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0404	PLACACOMBO BLOQUEADA CALCANEAL LARG Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0405	PLACACOMBO BLOQUEADA CALCANEAL LAR Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1130735-0002	PIN STEINMAN 4MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 72,000	\$ 11,520	
1130735-0003	PIN STEINMAN 5MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 130,000	\$ 20,800	
13107670020-23	PIN DE KIRSCHNER 2.0 X 230MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007211 6 /7 /2021	4		\$ 9,900	\$ 0	
11102CO-2708	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 8.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11102CO-2710	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 10.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11102CO-2712	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 12.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2714	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 14MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2716	TORNILLO MAYO CORT 2.7*16 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2718	TORNILLO MAYO CORT 2.7*18 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2720	TORNILLO MAYO CORT 2.7*20 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

9999997

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

Cliente Pagador: CLINICA PARTENON LTDA

NIT: 800085486

Dirección: CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad: BOGOTA D.C.



ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014

144

SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEAL-ANTEPIE-1-CLIN.
PARTENON

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11103CO-2722	TORNILLO MAYO CORT 2.7*22 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2724	TORNILLO MAYO CORT 2.7*24 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2726	TORNILLO MAYO CORT 2.7*26 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2728	TORNILLO MAYO CORT 2.7*28 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2730	TORNILLO MAYO CORT 2.7*30 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2732	TORNILLO MAYO CORT 2.7*32 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2734	TORNILLO MAYO CORT 2.7*34 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2736	TORNILLO MAYO CORT 2.7*36 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2738	TORNILLO MAYO CORT 2.7*38 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-2740	TORNILLO MAYO CORT 2.7*40 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CO-2745	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 45.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CO-2750	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 50.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CO-2755	TORNILLO CORTICAL 2.7MM X 55.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103COL-2080	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 8 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2100	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 1 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2120	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 2.7*12 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 263,050	\$ 0	1
11103COL-2140	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 2.7*14 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 263,050	\$ 0	1
11103COL-2160	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 2.7*16 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	2

SUPLEMEDICOS

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

Cédula Paciente:

9999997

Cliente Pagador: **CLINICA PARTENON LTDA**

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

NIT: 800085486

Nombre solicitante:

Dirección CL 74 76 65

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Orden de Compra:

Ciudad BOGOTA D.C.

Historia clínica

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014

144**SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEO-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON**

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11103COL-2180	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 2.7*18 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2200	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 2.7*20 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11102COL-2220	TORNILLO CORTICAL BLOQUEO 2.7MM X 22. Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2240	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 2 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2260	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 2 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2280	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 2 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2300	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 3 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2320	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 3 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2340	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 3 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2360	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 3 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2380	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 3 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2400	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 4 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2450	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 4 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2500	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 5 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103COL-2550	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 2.7MM X 5 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 263,050	\$ 0	
11103CO-3080	TORNILLO CORTICAL 3.5MM X 08MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3100	TORNILLO CORTICAL 3.5MM X 10MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3120	TORNILLO MAYO CORT 3.5*12 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	2

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

Cédula Paciente:

9999997

Cliente Pagador: **CLINICA PARTENON LTDA**

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

NIT: 800085486

Nombre solicitante:

Dirección CL 74 76 65

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Orden de Compra:

Ciudad BOGOTA D.C.

Historia clínica

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014

144**SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEO-ANTEPIE-1-CLIN.
PARTENON**

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11103CO-3140	TORNILLO MAYO CORT 3.5*14 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3160	TORNILLO MAYO CORT 3.5*16 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3180	TORNILLO MAYO CORT 3.5*18 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3200	TORNILLO MAYO CORT 3.5*20 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3220	TORNILLO MAYO CORT 3.5*22 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3240	TORNILLO MAYO CORT 3.5*24 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3260	TORNILLO MAYO CORT 3.5*26 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3280	TORNILLO MAYO CORT 3.5*28 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3300	TORNILLO MAYO CORT 3.5*30 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3320	TORNILLO MAYO CORT 3.5*32 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3340	TORNILLO MAYO CORT 3.5*34 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3360	TORNILLO MAYO CORT 3.5*36 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3380	TORNILLO MAYO CORT 3.5*38 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3400	TORNILLO MAYO CORT 3.5*40 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3450	TORNILLO MAYO CORT 3.5*45 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3500	TORNILLO MAYO CORT 3.5*50 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3550	TORNILLO MAYO CORT 3.5*55 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 141,750	\$ 0	
11103CO-3600	TORNILLO MAYO CORT 3.5*60 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 180,850	\$ 0	

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

9999997

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

Cliente Pagador: CLINICA PARTENON LTDA

NIT: 800085486

Dirección CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad BOGOTA D.C.

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014

144

SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEO-ANTEPIE-1-CLIN.
PARTENON

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11103COL-3080	TORNILLO CORTICAL BLOQ 3.5MM X 08MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3100	TORNILLO CORTICAL BLOQ 3.5MM X 10MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3120	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*12 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3140	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*14 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3160	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*16 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3180	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*18 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3200	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*20 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3220	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*22 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3240	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*24 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	8		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3260	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*26 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3280	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*28 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3300	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*30 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3320	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*32 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3340	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*34 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3360	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*36 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3380	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*38 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3400	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*40 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3450	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*45 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

Cédula Paciente:

9999997

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

Cliente Pagador: **CLINICA PARTENON LTDA**

NIT: 800085486

Dirección: CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad: BOGOTA D.C.

ASESOR TECNICO		FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA	
SIN ASIGNAR ATC		25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014	
144 SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEO-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON						
REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11103COL-3500	TORNILLO MAYO CORT BLOQ 3.5*50 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3550	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 3.5MM X 5 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103COL-3600	TORNILLO CORTICAL BLOQUEADO 3.5MM X 6 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	4		\$ 254,750	\$ 0	
11103CA-4120	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 12.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4140	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 14.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CA-4160	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 16.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CA-4180	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 18.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CA-4200	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 20.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CA-4220	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 22.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11102CA-4240	TORNILLO ESPONJOSO 4.0MM X 24.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4260	TORNILLO MAYO CORT 4.0*26 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4280	TORNILLO MAYO CORT 4.0*28 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4300	TORNILLO MAYO CORT 4.0*30 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4350	TORNILLO MAYO CORT 4.0*35 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4400	TORNILLO MAYO CORT 4.0*40 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4450	TORNILLO MAYO CORT 4.0*45 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	2
11103CA-4500	TORNILLO MAYO CORT 4.0*50 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 141,750	\$ 0	
11103CA-4550	TORNILLO MAYO CORT 4.0*55 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 180,850	\$ 0	

SUPLEMENTICOS

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

9999997

Cliente Pagador: CLINICA PARTENON LTDA

NIT: 800085486

Dirección CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad BOGOTA D.C.

Dir. Entrega: PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor: SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA		
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014		
144 SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEAL-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON						
REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11103CA-4600	TORNILLO MAYO CORT 4.0*60 MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	2		\$ 180,850	\$ 0	
1130580-0430	BANDEJA DE TORNILLOS Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 11,448,000	\$ 1,831,680	
1132280-0398	MANGO RATCHET ATORNILLADOS ANCLAJE F Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 3,264,000	\$ 522,240	
11301PL-2030	DOBLADOR DE PLACA Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 749,000	\$ 119,840	
11307WS-1607ST	PIN GUIA 062" X 6" (1.6MM) Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	3		\$ 40,000	\$ 6,400	
11207WS-1106ST	PIN GUIA 1.2MM X 150MM Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	3		\$ 51,250	\$ 0	
11301PL-PTACK	TACK PLACA MAYO Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	2		\$ 87,500	\$ 14,000	
1130680-0386	BROCA ANCLAJE RAPIDO 2.0MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 440,000	\$ 70,400	
1130680-0387	BROCA ANCLAJE RAPIDO 2.8MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 440,000	\$ 70,400	
11206MS-DC35	BROCA DE 3.5MM X 130MM ACUMED Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 130,200	\$ 20,832	
11322HPC-0025	ATORNILLADOR 3.5MM ANC. RAP ACUMED Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	2		\$ 148,500	\$ 23,760	
11322MS-SS35	CAMISA ATORNILLADOR 3.5 MM ACUMED Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 663,600	\$ 106,176	
11322HT-2502	ATORNILLADOR HEXAGONAL CLAVICULA Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	2		\$ 149,500	\$ 23,920	
1132380-0385	GUIA BROCA BLOQUEADA 2.0MM x 6-65MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 640,000	\$ 102,400	
1132380-0384	GUIA BROCA BLOQUEADA 2.8MM x 6-65MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 640,000	\$ 102,400	
11323PL-2095	GUIA DE BROCA OFF SET Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 707,000	\$ 113,120	
11323PL-2196	GUIA DELGADA 2.8/3.5 MM Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 676,500	\$ 108,240	
11323PL-2118	GUIA DELGADA 2.0/2.8 MM Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 676,500	\$ 108,240	

SUPLEMEDICOS

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

9999997

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

Cliente Pagador: CLINICA PARTENON LTDA

NIT: 800085486

Dirección CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad BOGOTA D.C.

ASESOR TECNICO

FECHA DE ENTREGA

FECHA DE CIRUGIA

HORA CIRUGIA

FECHA DE RECOGIDA

SIN ASIGNAR ATC

25/2 /2014

25/2 /2014

18:0

26/2 /2014

144

SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEO-ANTEPIE-1-CLIN.
PARTENON

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11301MS-9022	MEDIDOR DE PROFUNDIDAD Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 1,108,800	\$ 177,408	
11201PL-2080	AVELLANADOR CO/CA ACUMED Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 248,571	\$ 39,771	
11301MS-LTT27	TARAJA DE 2.7 MM Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 130,200	\$ 20,832	
11301MS-LTT35	TARAJA DE 3.5 MM Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 130,200	\$ 20,832	
11201PL-2040	DOBLADOR DE PLACAS ACUMED Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 240,000	\$ 38,400	
11301PL-2045	DOBLADOR DE PLACAS GRANDE Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 236,500	\$ 37,840	
1130580-0427	BANDEJA BROCAS-GUIAS-ATORNILLADORES Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,544,000	\$ 407,040	
11301MS-46211	ELEVADOR PERIOSTIO 7.25 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 720,000	\$ 115,200	
11301MS-47135	PINZA REDUCTORA ANCHACON PUNTASCON Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 512,000	\$ 81,920	
11301MS-45300	PINZA REDUCTORA 5.25 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 1,192,000	\$ 190,720	
11312OW-1200	CLAMP DE REDUCCION AGUDO Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 264,000	\$ 42,240	
11301PL-CL04	FORCEPS DENTADO REDUCCION Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	2		\$ 783,000	\$ 125,280	
11201MS-57614	DISECTOR DE FREER ACUMED Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 385,714	\$ 61,714	
11301PL-CL06	ERINA Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 160,500	\$ 25,680	
11301MS-46827	SEPARADOR HOHMAN Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	2		\$ 327,600	\$ 52,416	
11301PL-CL05	SEPARADOR HOHMAN 8MM Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	2		\$ 648,000	\$ 103,680	
11301MS-48245	ALICATE DE PUNTAS 5.5 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 696,000	\$ 111,360	
11301MS-48217	SEPARADOR DE LAMINA 6.5 Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 1,464,000	\$ 234,240	

SUPLEMEDICOS

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

9999997

Cliente Pagador: **CLINICA PARTENON LTDA**

NIT: 800085486

Dirección CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad BOGOTA D.C.

Dir. Entrega: PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor: SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA		
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014		
144 SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEEO-ANTEPIE-1-CLIN. PARTENON						
REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
11301MS-1280	PINZA DE REDUCCION Reg. INVIMA: 2009DM-0005105 21/1 /2020	1		\$ 697,200	\$ 111,552	
11301SSP1881	SEPARADOR CALCANEEO 7" Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 6,133,333	\$ 981,333	
113014215-SS	DISTRACTOR CALCANEEO 6" Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 6,670,000	\$ 1,067,200	
1130580-0428	BANDEJA INSTRUMENTAL TEJIDOS BLANDOS Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 2,544,000	\$ 407,040	
1130580-0442	CAJA SISTEMA MODULAR Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 4,064,000	\$ 650,240	
1130580-0443	TAPA SISTEMA MODULAR Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 1,192,000	\$ 190,720	
1130280-0744	CONTENEDOR SISTEMA PLACAS DE CALCAN Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 3,200,000	\$ 512,000	
1130280-0590	CONTENEDOR PLACAS DE EMPEINE Y PIE M Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 5 /7 /2021	1		\$ 1,488,000	\$ 238,080	
1110270-0145	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 5 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0147	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 7 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0149	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 9 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0151	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 11 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0153	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 13 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0173	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 13 ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0171	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL11 ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0169	PLACA FIBULA BLOQUEADA LATERAL 9 ORIF Reg. INVIMA: 2011DM-0007215 4 /5 /2021	1		\$ 1,200,000	\$ 0	1
1110270-0245	PLACA TIBIA BLOQUEADA ANTERIOR 5 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0247	PLACA TIBIA BLOQUEADA ANTERIOR 7 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	

SUPLEMEDICOS

NIT: 811.041.784-3

REMISION:

Paciente:

Cédula Paciente:

P-133158-WRJZ

ACIENTE SIN ASIGNAR BOGOTA

9999997

Dir. Entrega:

PRINCIPAL

Nombre solicitante:

Doctor:

SIN ASIGNAR BOGOTA

Orden de Compra:

Historia clínica

Cliente Pagador: CLINICA PARTENON LTDA

NIT: 800085486

Dirección CL 74 76 65

Teléfono: (571)4306767-(0124)

Ciudad BOGOTA D.C.

ASESOR TECNICO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE CIRUGIA	HORA CIRUGIA	FECHA DE RECOGIDA
SIN ASIGNAR ATC	25/2 /2014	25/2 /2014	18:0	26/2 /2014

144

SP SISTEMA MALEOLAR-CALCANEO-ANTEPIE-1-CLIN.
PARTENON

REF	DESCRIPCION	CANT REMISION	OBS.	VALOR UNITARIO	IVA	GASTO
1110270-0227	PLACA TIBIA BLOQUEADA MEDIAL 7 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1110270-0229	PLACA TIBIA BLOQUEADA MEDIAL 9 ORIF Reg. INVIMA:	1		\$ 1,200,000	\$ 0	
1120580-0434	CAJA PARA PLACAS DE TOBILLO Reg. INVIMA:	1		\$ 1,242,000	\$ 198,720	
1120580-0309	TAPA PARA CAJA DE PLACAS DE TOBILLO Reg. INVIMA:	1		\$ 480,000	\$ 76,800	



RECIBIDO POR
(FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE)

AUXILIAR SUPLEMEDICOS
QUE ENTREGA

ASESOR TECNICO

CONFORME CON EL GASTO
(FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE)

AUXILIAR SUPLEMEDICOS
QUE RECIBE

2014/02/15 295
8+30 286

CLARA STELLA CRUZ DIAZ

51849125

ACCIDENTE 17 DE ENERO DEL 2014
TUTOR EXTERNO Y MULTIPLES LAVADOS
QUIRURGICOS

REDUCCION ABIERTA DE TIBIA Y FIJACION
PERCUTANEA DEL PERONE WEBER B SIN
FIJACION TRANSINDESMAL

SE RETIRAN YESOS
HERIDAS EN PROCESO DE CICATRIZACION

SE DEJA ZAPATOPLANO PARA POP DE PIE

PLAN:
TOMAR RX POR URGENCIAS PARA DEFINIR
ESTABILIDAD DE LA MEMBRANA INTERIOSEA

Constanza A. Narado MD,
Ortopedia y Traumatología
U. del Rosario, U. Cartagena
R.M. 11-8491707





CLINICA PARTENON
Solicitud de Servicios

PROC. CARDIACOS NO QUIRURGICOS

51849125
Usuario Id.: CRUZ DIAZ CLARA STELLA Ingreso: 2
Fecha nacimiento: 17/11/1976 Teléfono: 3163980170
EPS, empresa: COMPENSAR E.P.S.
Dx. ppal: S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO
Dx. rel1:

Número: 2501 - 291039
Fecha: 15/02/2014 Page 1 of 1
Plan de beneficios: POS Edad: 37 A
Tipo de afiliado: Cotizante
Estrato: A
No Autorización: 140466247317924

Código	Nombre	Cantidad
895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	1

Firma y sello del Profesional: DRA ANGELICA MARIA RODRIGUEZ C

15/02/2014 12:21:34



287
296

Historia Clinica de Ingreso

U-008 V:2



297
298

51849125

51849125

Fecha de atención: 15/02/2014 09:28:37 a.m.

Ing: 2

1

Habitación: 0

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1976

Edad: 37 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Teléfono: 3163980170

Municipio: BOGOTÁ D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo.Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 140466247317924 Viene remitido?: N

MOTIVO DE CONSULTA

REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA CON ORDEN DE ORTOPEDISTA DRA CONSTANZA ALVARADO PARA TOMA DE RX DE TOBILLO DERECHO Y ANTE PIE IZQUIERDO, HEMOGRAMA ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERA EL 17/01/14 CON FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONE DERECHO Y FRACTURA EN FALANGES DE PIE IZQUIERDO, POR LO CUAL REQUIRIO REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS EN TIBIA PERONE RECHOS REALIZADA EN EL MUNICIO DE GIRARDOT SEGUN COMENTA

REVISION POR SISTEMAS

Sistema Nervioso: Niega síntomas

Organos de los Sentidos: Niega síntomas

Sistema Cardio respiratorio: Niega síntomas

Sistema Gastrointestinal: Niega síntomas

Sistema GenitoUrinario: Niega síntomas

Sistema Osteomuscular: LO REFERIDO

Trastornos endocrinos y metabólicos: Niega síntomas

Piel y anexos: Niega síntomas



ANTECEDENTES

Antecedentes : 15-FEB-2014

Médicos:

ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: NIEGA

QX_ NIEGA

ALÉRGICAS: NIEGA

TRAUMAT: CITADA EN ENFERMEDAD ACTUAL

TOXIC: NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE HIPERTENSION ARTERIAL



SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 120 TA Diastólica= 80 Presion media arterial= 93,33333 FC= 71 FR= 18 Temperatura= 36

- Glasgow= 15

SPO2 = 95%

EXAMEN FISICO

Estado general: B. BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: NO SE EVALUA

Osteomuscular: EDEMA GRADO II EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON EXPOSICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS HERIDA QX SIN SIGNOS DE INFECCION, PIE IZQUIERDO EDEMA GRADO I NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL

Neurológico: Normal clínicamente

Piel y faneras: LO DESCRITO

15/02/2014 09:42:28 a.m.



51849125

51849125

Fecha de atención: 15/02/2014 09:28:37 a.m.

Ing: 2

1

Habitación:

0

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Nombres: **CLARA STELLA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim.

17/11/1976

Edad: 37 A

Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion:

EMPLEADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Teléfono:

3163980170

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Tipo Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 140466247317924 Viene remitido?: N

Marcha: PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUIEN INGRESA CON ORDEN DE ORTOPEDISTA DRA CONSTANZA ALVARADO PARA TOMA DE RX DE TOBILLO DERECHO Y ANTE PIE IZQUIERDO, HEMOGRAMA ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERA EL 17/01/14 CON FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONE DERECHO, Y FRACTURA EN FALANGES DE PIE IZQUIERDO, POR LO CUAL REQUIRIO REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS EN TIBIA PERONE DERECHOS REALIZADA EN EL MUNICIO DE GIRARDOT SEGUN COMENTA SE REALIZA ORDEN DE PARACLINICOS, VALORACION POR SERVICIO DE ORTOPEDIA CON RESULTADOS

NOTAS ACLARATORIAS

DIAGNOSTICO FINAL

1. S925 FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE

Tipo: 1 Impresión diagnóstica

Especificacion del Diagnostico POP DE OSTEOSINTESIS MAS REDUCCION ABIERTA DE TIBIA Y PERONE DERECHOS FRACTURA FALANGES PIE IZQUIERDO

Sandra M. Peña Narvaez
Medico Cirujano
Universidad del Norte
C.C. 1140821216

Firma y sello del profesional: DRA SANDRA PENA NARVAEZ IDENTIFICACION

Identificacion: 1140821216

FIRMA DEL PACIENTE E



Evolucion Especialistas

51849125

Fecha de evolución: 15/02/2014 11:53:48



51849125

Ing: 2 2 Habitación: 0

Apellidos: **CRUZ DIAZ**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Estado civil: CASADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**

Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**

Fecha nacim. 17/11/1976 Edad: 37 A Sexo: F

Ocupacion: EMPLEADO

Teléfono: 3163980170

Tipo.Afiliado: Cotizante

No autorización: 140466247317924

Municipio: BOGOTA D.C

Categoría / Estrato: A

Firma y sello del profesional: DRA ANGELICA MARIA RODRIGUEZ C

Identificación: 35199303

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA





Evolucion Especialistas

51849125

Fecha de evolución: 15/02/2014 11:53:48



51849125

Ing: 2 2 Habitación: 0

Apellidos: **CRUZ DIAZ**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06
Entidad o EPS: **COMPENSAR 2014**
Origen del Evento: Enfermedad general

Nombres: **CLARA STELLA**
Fecha nacim. 17/11/1976 Edad: 37 A Sexo: F
Ocupacion: EMPLEADO
Teléfono: 3163980170 Municipio: BOGOTA D.C
Tipo. Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: 140466247317924

Folio: 2 Fecha evolucion: 15-FEB-2014

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS

1. S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO
Tipo: 3 Confirmado repetido
2. S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE
3. S823 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA

Observaciones a los Diagnosticos de los Usuarios PACIENTE TUVO LUXOFRACTURA DE TOBILLO DERECHO EL DIA 17 DE ENERO DEL 2013 ATENDIDA EN OTRA INSTITUCION DONDE INICIALMENTE REALIZAN COLOCACION DE TUTOR EXTERNO Y REALIZAN CIRUGIA DE OSTEOSINTESIS DEFINITIVA EL DIA 30 DE ENERO DEL 2014

SUBJETIVO

REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA PARA TOMA DE RADIOGRAFIAS DE CONTROL DADO EL PROLONGADO TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PACIENTE
FUE INTERVENIDA EL DIA 30 DE ENERO RETIRAN TUTOR EXTERNO Y REALIZAN FIJACION ENDOMEDULAR DEL PERONE CON CLAVO DE KIRSHNER Y OSTEOSINTESIS CON DOS TORNILLOS AL MALEOLO MEDIAL DEL TOBILLO DERECHO
ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: NIEGA, ALERGIAS NIEGA, QUIRURGICOS, DESCRITOS, NIEGA OTROS ANTECEDENTES
ADICIONALMENTE, EL PIE IZQUIERDO TIENE FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL DEL HALLUX, DE FALANGE PROXIMAL DEL CUARTO DEDO Y DE LA CABEZA DEL QUINTO METATARSiano NO QUIRURGICAS, AL PARECER EL SESAMOIDEO MEDIAL TAMBIEN ESTA COMPROMETIDO

OBJETIVO

BEG, FC76X FR16X HIDRATADA AFEBRIL, TIENE EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO SITIOS DE SHANZ PREVOS EN TIBIA PROXIMAL SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, TIENE LEVE EDEMA DE TEJIDOS BLNADOS EN TOBILLO Y PIE, HERIDAS QUIRURGICAS CERRADAS CON SUTURAS AUN PRESENTAS SIN ERITEMA NI CALOR NI SUPURACION LOCAL, ACTITUD EN EQUINO DEL TOBILLO FLEXOEXTENSION PRESERVADA DOLOROSA LIMITADA, SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL
EN EL PIE IZQUIERDO TIENE ARCOS DE MOVILIDAD PRESERVADOS SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL CON LEVE DOLOR A LA PALPACION DEL HALLUX IZQUIERDO Y EN CABEZA DEL QUINTO METATARSiano SIN DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

LA RADIOGRAFIA ACTUAL EVIDENCIA DESPLAZAMIENTO DEL EXTREMO DISTAL DEL PERONE CON LUXACION DE LA ARTICULACION DE NOVO SE CONSIDERA QUE REQUIERE CIRUGIA DE REVISION, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, LAVADO, Y FIJACION DEFINITIVA LUEGO DE RECONSTITUIR LA LONGITUD Y ALINEACION Y ROTACION DEL MISMO CON PLACA BLOQUEADA MAS POSIBLE COLOCACION DE TORNILLOS TRANSIDESMALES
ADEMAS SEGUN HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS PODRIA CONTEMPLARSE LA NECESIDAD DE REVISAR EL MALEOLO MEDIAL
SE EXPLICA A PACIENTE EL DIAGNOSTICO, CURSO Y PRONOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL ASI COMO LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA CIRUGIA DE REVISION

PACIENTE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTA CONDUCTA QUIRURGICA
SE ORDENAN PARACLINICOS PREOPERATORIOS AHORA
VALORACION POR ANESTESIOLOGIA
PROGRAMAR PROCEDIMIENTO DE FORMA AMBULATORIA CON EL DR SOLER, CIRUGIA DE P IE Y TOBILLO

INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS, SEGUN EL RELATO DE LA PACIENTE NO LE DIERON INCAPACIDAD EN SITIO DONDE FUE ATENDIDA, REVISO HISTORIA CLINICA Y CONFIRMO INGRESO A HOSPITAL EN GIRARDOT EL DIA 17 DE ENERO DEL 2014.

SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES, LA PACIENTE ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON ENOXAPARINA, EL CIRUJANO CARDIOVASCULAR LE ORDENO SUSPENDERLA E INICIAR ASPIRINA POR UNA TROMBOSIS SUPERFICIAL QUE AL PARECER FUE DETECTADA EL DIA 5 DE FEBRERO DEL 2014 SEGN REPORTE DE HC QUE TRAE LA PACIENTE NO ES SIGNIFICATIVA PARA REQUERIR ANTICOAGULACION FORMAL.

PROGRAMAR CIRUGIA
SE EXPLICAN CLARAMENTE ALA PACIENTE SIGNOS DE ALARMA Y RECONSULTA
INTERCONSULTAS





Nota Aclaratoria

300
291
Page 1

No. Nota: 1

Usuario Id: 51849125

Ing. Id: 2

Fecha: 16/02/2014 11:23:06

Numero: 2

Apellidos: CRUZ DIAZ

Nombres: CLARA STELLA

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1966

Edad: 47 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Teléfono: 3163980170

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO

Nota aclaratoria:

REPORTE DE PARACLINICOS:

CH: LEUC 9.47, LINF 13%, NEUT: 76.1%, PCR 7.4, VSG 35, CREATI 0.9, BUN: 11.8, VSG 35, PT 26.7/30.3, PTT 13.5/13.8, HB 11.1, HTO 35.1%

*Dra. Angelica Maria Rodriguez Campos
Ortopedia y Traumatologia
R.M. 200159-00*

DRA ANGELICA MARIA R

Firma y sello del profesional

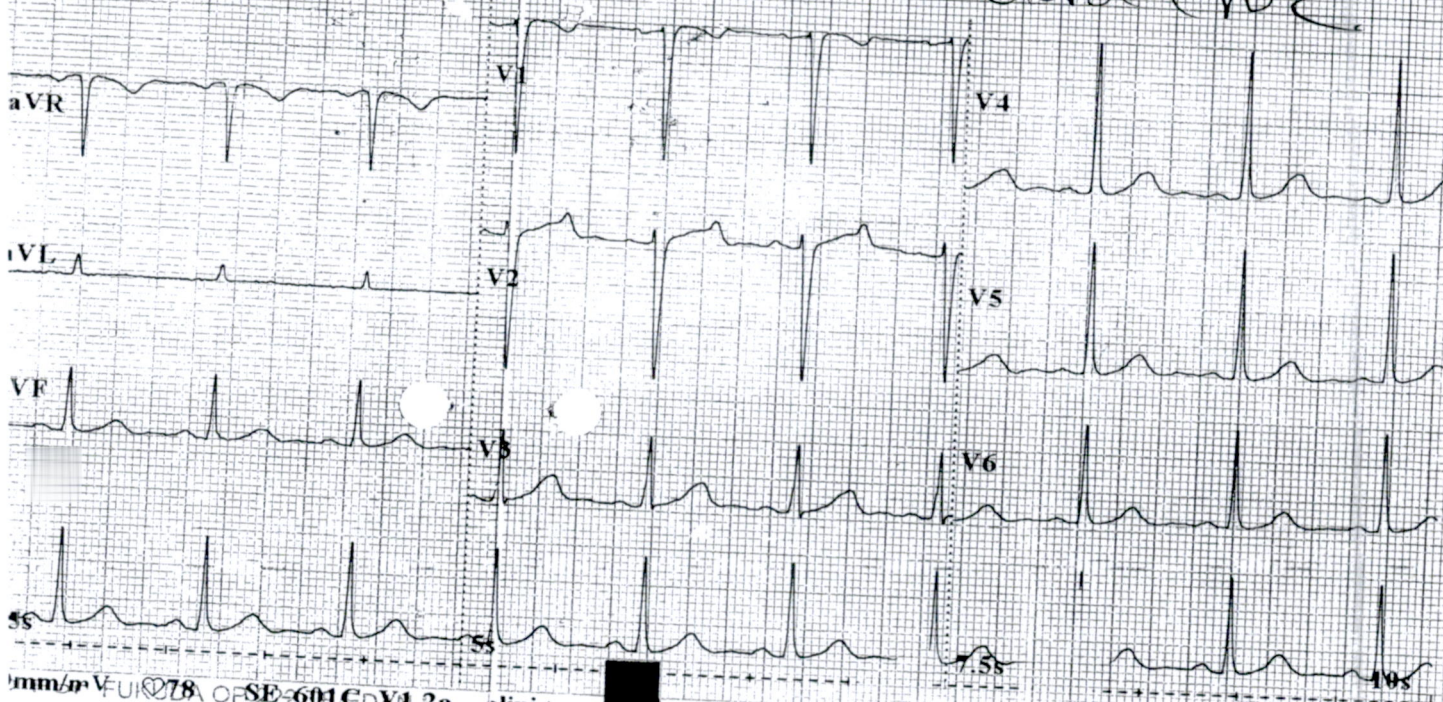


301
292

15-02-2014 12:50:39 PM

mmHg

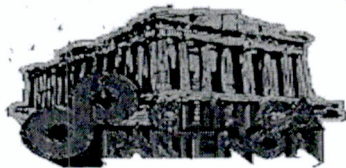
Clara CNR



mm/mV FUJIDA OF 222 TE/EDAN SE 601 CDX1.2a clinica p... hon

By PAINMED For FUKUDA OP 222 TE/EDAN





RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-778933

Paciente: CLARA STELLA CRUZ DIAZ

Edad: 37 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2014-02-15 10:06

Servicio: URGENCIAS ADULTOS

No ORDEN: 201402155073

Historia: 51849125

Teléfono: 3163980170

Fecha de impresion: 2014-02-15 10:36

Cama:

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

RECuento DE LEUCOCITOS

9.47 x10³/uL

5.10 - 9.70

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

NEUTROFILOS %

76.10 %

* 39.60 - 64.60

LINFOCITOS %

13.00 %

* 20.70 - 39.60

MONOCITOS %

6.80 %

4.40 - 12.60

EOSINOFILOS %

3.30 %

1.00 - 3.90

BASOFILOS %

0.80 %

0.01 - 1.00

NEUTROFILOS Abs

7.21 x10³/uL

* 1.40 - 6.50

LINFOCITOS Abs

1.23 x10³/uL

1.20 - 3.40

MONOCITOS Abs

0.64 x10³/uL

0.00 - 0.70

EOSINOFILOS Abs

0.31 x10³/uL

0.00 - 0.70

BASOFILOS Abs

0.08 x10³/uL

0.00 - 0.20

RECuento DE ERITROCITOS

4.45 x10⁶/uL

3.90 - 4.50

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

HEMATOCRITO

35.1 %

* 38.0 - 47.0

HEMOGLOBINA

11.10 g/dl

* 12.00 - 15.50

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA

MCV

78.9 fl

* 80.0 - 100.0

MCH

24.9 pg

* 27.0 - 34.0

MCHC

31.6 g/dl

31.5 - 35.0

RDW

22.40 %

* 11.00 - 15.00

RECuento TOTAL DE PLAQUETAS

611 x10³/uL

* 150 - 450

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

MPV

8.6 fl

6.4 - 13.0

RECuento DIFERENCIAL MANUAL

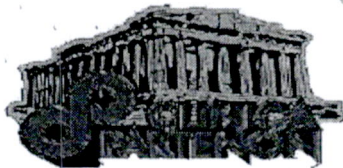
-



Bacteriólogo: JOHANNA KATHERINE VANEGAS BELTRAN. Tp: 1023894454

CRUZ DIAZ CLARA STELLA Orden: 201402155073

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-778956

Paciente: CLARA STELLA CRUZ DIAZ

Edad: 37 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2014-02-15 12:45

Servicio: URGENCIAS ADULTOS

No ORDEN: 201402155336

Historia: 51849125

Teléfono: 3163980170

Fecha de impresion: 2014-02-15 14:35

Cama:

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

BIOQUIMICA

NITROGENO UREICO BUN

Resultado: 11.8 mg/dl

6.0 - 20.0

METODO: UV CINETICO

CREATININA SERICA

Resultado: 0.59 mg/dl

0.51 - 0.95

METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

PROTEINA C REACTIVA PCR TEST

Resultado: 7.40 mg/L

* 0.00 - 5.00

METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA

Bacteriólogo: JOHANNA KATHERINE VANEGAS BELTRAN. Tp: 1023894454

HEMATOLOGIA

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG

Resultado: 35.0 mm/hora

* 0.0 - 20.0

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA

METODO: WESTERGREEN

TIEMPO DE PROTROMBINA INR

Resultado: 13.50 seg

MEDIA POBLACIONAL: 13.8 seg

METODO: NEFELOMETRIA CENTRIFUGA

INR

Resultado: 0.98

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA

Resultado: 26.70 seg

CONTROL DE DIA : 30.3 seg

METODO: NEFELOMETRIA CENTRIFUGA

Bacteriólogo: JOHANNA KATHERINE VANEGAS BELTRAN. Tp: 1023894454

CRUZ DIAZ CLARA STELLA Orden: 201402155336

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



TODAS LAS ESPECIALIDADES MEDICAS • UCI ADULTOS • UCI NEONATAL • TOMOGRAFIA AXIAL • COMPUTARIZADA • UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO
UNIDAD RENAL • PATOLOGIA • ENDOSCOPIAS • LABORATORIO CLINICO • COMPUTARIZADO • ELECTROCARDIOGRAMAS • CIRUGIA Y HOSPITALIZACION

DCL-F-022 - V1

Fecha: 15/02/2014

Historia Clínica No. 51849125

Paciente:

Olivia Stella Ortiz Diaz

R/



Valoracion por atepedide vngues
femor Rx para mobiza y ee stress
fenogrua -PCR

Constanza Alvarado MD

Ortopedia y Traumatología
U del Rosario, U Cartagena
R.M. 11-849107

Sírvase presentar esta fórmula en su próxima consulta

Firma y sello Médico: R.M.

Sede Consulta Externa: Cra. 76 No. 73-35 • PBX: 434 19 17 - 251 74 73 • Sede Hospitalaria: Calle 74 No. 76-69 • PBX: 430 67 67 - 430 67 46 - Bogotá, D.C.



304
293

Passa a Hidradenoma General
bom de de balleo
diabro y

Arte que requierda

Henogona
con resultados ultrasonidos
a otropedias

Constanza Alvarado MD,
Ortopedia y Traumatología
U. del Rosario, U. Cartagena
R.M. 11-8491107



Solicitud de Autorización de Servicios

15/02/2014 12:13:50

51849125

Fecha de solicitud 15/02/2014

Usuario Id: 51849125

Apellidos: CRUZ DIAZ

Nombres: CLARA STELLA

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125

Fecha nacim. 17/11/1976

Edad: 37 A Sexo: F

Estado civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Teléfono: 3163980170

Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo.Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Diagnóstico: S930

Se solicita autorización para realizar los siguientes procedimientos:

PACIENTE CON LUXOFRATURA DE TOBILLO QUE REQUIERE REDUCCION ABIERTA MAS
OSTEOSINTESIS
MAS RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS

COD: 795604 -793701 - 814901

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS:

PLACA TERCIO DE CAÑA

TORNILLOS DE ESPONJOSA Y CORTICAL DE 4.0 CON SUS RESPECTIVAS ARANDELAS

SUTURAS DE ANCLAJE

CLAVOS DE KIRSHNER

RX PORTATIL+INTENSIFICADOR DE IMAGENES

Tiempo Operatorio : 3 horas

Programar para este Martes con
el dr Soler.

DRA ANGELICA MARIA RODRIGUEZ C

Firma y sello del profesional





CLINICA PARTENON

Admisión

51849125

2

Fecha de ingreso: 15/02/2014

Hora: 08:48:42

Apellidos: CRUZ DIAZ

Nombres: CLARA STELLA

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 51849125 Edad: 37 A Sexo: F
Lugar nacimiento: Estado civil: CASADO Religión:
Dirección de residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06 Municipio: BOGOTÁ D.C. Teléfono: 3163980170
Responsable del paciente: KAREN LORENA Parentesco: HIJA Teléfono: 33373886
Nombre acompañante: Dirección:

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Está activo? S Semanas cotizadas: 91

Origen del Evento: Enf. Gral. ☐ Enf. Prof. ☐ Enf. catastrófica ☐ Viene Remitido? N

Accidente SOAT ☐ Accidente de trabajo ☐ Otra: ☐

Tipo Afiliado: Cotizante
No. Autorización: 140466247317924

Estrato: A

Responsable Adm.: AMANDA_R

Fecha digitación: 15/02/2014 08:47:4

Comprobante de Recibido del Usuario

Según el Decreto 4747 de 2008 en su Resolución 3047 de 2008 Anexo 5

FIRMA Y/O HUELLA DEL USUARIO



308
297



Remisión a Interconsulta

Fecha Consulta: 15/02/2014

Ingreso: 2

Folio: 2

307
298

Apellidos: CRUZ DIAZ

Nombres: CLARA STELLA

Tipo Documento: CC

No.Doc.Identidad: 51849125

Fecha Nacim: 17/11/1976

Edad: 37

Sexo: F

Estado Civil: CASADO

Ocupacion: EMPLEADO

Direccion de Residencia: KR 7 BIS ESTE N 18 06

Telefono: 3163980170 Municipio: BOGOTA D.C

Entidad o EPS: COMPENSAR 2014

Tipo Afiliado: Cotizante

Estrato: A

Enfermedad general

Se solicita interconsulta: ANESTESIOLOGIA

Dx Ppal: S930

LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO

Dx Relacionado: S824

FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

ANALISIS: LA RADIOGRAFIA ACTUAL EVIDENCIA DESPLAZAMIENTO DEL EXTREMO DISTAL DEL PERONE CON LUXACION DE LA ARTICULACION DE NOVO

CONSIDERA QUE REQUIERE CIRUGIA DE REVISION, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, LAVADO, Y FIJACION DEFINITIVA LUEGO DE RECONSTITUIR LA LONGITUD Y ALINEACION Y ROTACION DEL MISMO CON PLACA BLOQUEADA MAS POSIBLE COLOCACION DE TORNILLOS TRANSIDESMALES

ADEMAS SEGUN HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS PODRIA CONTEMPLARSE LA NECESIDAD DE REVISAR EL MALEOLO MEDIAL

SE EXPLICA A PACIENTE EL DIAGNOSTICO, CURSO Y PRONOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL ASI COMO LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA CIRUGIA DE REVISION

PACIENTE MANIFESTA ENTENDER Y ACEPTA CONDUCTA QUIRURGICA

SE ORDENAN PARA CLINICOS PREOPERATORIOS AHORA

VALORACION POR ANESTESIOLOGIA

PROGRAMAR PROCEDIMIENTO DE FORMA AMBULATORIA CON EL DR SOLER, CIRUGIA DE P IE Y TOBILLO

INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS, SEGUN EL RELATO DE LA PACIENTE NO LE DIERON INCAPACIDAD EN SITIO DONDE FUE ATENDIDA, REVISO HISTORIA CLINICA Y CONFIRMO INGRESO A HOSPITAL EN GIRARDOT EL DIA 17 DE ENERO DEL 2014.

SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES, LA PACIENTE ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON FNOXAPARINA, EL CIRUJANO CARDIOVASCULAR LE ORDENO SUSPENDERLA E INICIAR ASPIRINA POR UNA UMBOSIS SUPERFICIAL QUE AL PARECER FUE DETECTADA EL DIA 5 DE FEBRERO DEL 2014 SEGN REPORTE DE HC QUE TRAE LA PACIENTE NO ES SIGNIFICATIVA PARA REQUERIR ANTICOAGULACION FORMAL.

PROGRAMAR CIRUGIA

SE EXPLICAN CLARAMENTE ALA PACIENTE SIGNOS DE ALARMA Y RECONSULTA

DRA ANGELICA MARIA RODRIGUEZ C

Firma y sello del profesional



15/02/2



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCION QUIRURGICA PROCEDIMIENTO MEDICO

1. Préviamente a la intervención quirúrgica y/o procedimiento especial que se plantea, plenamente conciente, libre de cualquier coacción para decidir y con el tiempo suficiente para consultar, por la presente autorizo al doctor:

Sandra Penar

y a los asistentes de su elección en la CLINICA PARTENON LTDA., a realizar en mí o en el paciente:

Clara Cruz Diaz

las siguientes intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales

Atención Neonatal

que se llevarán a cabo el día 15 de Feb del año 2014.

2. El Doctor

Me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones –incluso fatales–, así como las molestias, posibles alternativas, riesgos y cuidados de la intervención o procedimiento escrito en el numeral 1.

También he recibido suficiente información sobre las consecuencias en mi salud, en caso de que el procedimiento atrás descrito no se realice. Se me ha informado sobre los efectos adversos, directos o colaterales que puede generar el procedimiento, riesgos que implican inclusive la muerte en caso de complicación. Se ha tenido en cuenta en la información, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y profesionales.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar resultados esperados con la intervención-procedimiento. Se me ha dicho que incluso antes del procedimiento puedo cambiar de opinión o revocar el consentimiento por simple decisión, dejando constancia por escrito.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos si se consideran necesarios.

4. Igual otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte del médico quien practique el procedimiento o por un médico anestesiólogo si por sus características la intervención lo requiere, a quien autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero.

5. La Clínica Partenón Ltda. Queda autorizada para ordenar disposición final de los componentes anatomopatológicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.

6. Finalmente manifiesto que he leído, comprendido y acepto perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento, me comprometo como paciente o tutor legal del paciente a seguir las instrucciones de cuidado postoperatorio y asistir a los controles médicos, como parte del plan de tratamiento.

7. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones:

(si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar:

Stella Cruz

Firma y nombre legible del paciente o persona responsable

C.C.

Firma y nombre del testigo

C.C.



SOLO DILIGENCIAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE INCONCIENTE, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, MENOR DE EDAD Y/O SEA UNA PERSONA MENTAMENTE INCAPACITADA PARA TOMAR DECISIONES.

Tutor legal o familiar

Sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones inclusive la muerte. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO con documento de identidad

doy mi consentimiento para que el(los) Doctor(a)(es)(as) asignados por la institución y el personal auxiliar que él /ella (os) (as) precise(n) le realice(n) este procedimiento. **Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.**

Firma de familiares (parentesco)

C.C.

Firma y nombre del testigo

C.C.

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, los propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial en el numeral 1, y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Dra. Sandra M. Peña Narváez
Médico Cirujano
Universidad del Norte
C.C. 4082216

Firma Médico y R.M. No.

DCL - F - 024
4.3

Firma del médico tratante o especialista R.M. No.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
MEDICAL LIBRARY
ANN ARBOR, MICHIGAN 48106-0616
JAN 11 1988