

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

DATOS DE FOLIO

Nº FOLIO: 1 **FECHA DE APERTURA** 14/08/2020 9:32:55 a. m. **FECHA DE CIERRE** **FOLIO:** 14/08/2020 9:44:02 a. m.
FOLIO:

DATOS DEL PACIENTE

1141372150

Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 5264864684
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP CONTRIBUTIVO -CS-AS-001-2023 **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 3443002 **FECHA DE INGRESO:** 14/08/2020 9:07:19 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: MARIA SALOME CASTRO CALPA **DIRECCION RESPONSABLE:** bosa **RELIGION**
CENTRO DE ATENCIÓN: PA27 - USS CABAÑAS **ÁREA DE SERVICIO:** PA27A10 - MEDICINA GENERAL CABAÑAS
NOMBRE ACUDIENTE **TELEFONO ACUDIENTE** **RESPONSABLE**
NIVEL EDUCATIVO **ETNIA** **DISCAPACIDAD** NO **TIPO DISCAPACIDAD**
EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

MOTIVO DE CONSULTA

"CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 2 MESES DE EDAD QUE CONSULTA EL DIA DE HOY POR CITA MEDICA DE PRIMERA VEZ, COMENTA NO TENER CONTROLES POR SERVICIO DE PEDIATRIA, COMENTA ADEMÁS NO TENER CONTROLES POR CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR NO AFILIACIONA EPS HASTA HACE 1 MES.

HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID -19**Ha estado hospitalizado en el ultimo año****Observacion:****ANTECEDENTES**

Tipo: Médicos Fecha: 14/08/2020
Detalle: BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 14/08/2020
Detalle: NIEGA
Tipo: Alérgicos Fecha: 14/08/2020
Detalle: NIEGA
Tipo: Médicos Fecha: 30/08/2020
Detalle: bronquioltis
Tipo: Médicos Fecha: 04/12/2020
Detalle: BRONQUIOLITIS
Tipo: Alérgicos Fecha: 04/12/2020
Detalle: NIEGA
Tipo: Inmunológicos Fecha: 04/12/2020
Detalle: REFIERE VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET
Tipo: Médicos Fecha: 13/04/2023
Detalle: DESNUTRICION MODERADA
Tipo: Médicos Fecha: 18/04/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Alérgicos Fecha: 18/04/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Familiares Fecha: 18/04/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Inmunológicos Fecha: 18/04/2023
Detalle: ESQUEMA ATRAZADO FALTA TERMINAR 1 AÑO Y FALTAN 18 MESES
Tipo: Médicos Fecha: 19/04/2023
Detalle: No refiere ningun cambio
Tipo: Médicos Fecha: 19/04/2023
Detalle: Sin cambios



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

Tipo: Médicos Fecha: 13/05/2023
 Detalle: ANOTADOS
 Tipo: Médicos Fecha: 31/07/2023
 Detalle: ANOTADOS
 Tipo: Tóxicos Fecha: 14/08/2020 Ninguno
 Detalle: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DISNEA | <input type="checkbox"/> CONSUMO DE SODIO | <input type="checkbox"/> PARESTESIA |
| <input type="checkbox"/> PRECOLDIALGIA | <input type="checkbox"/> GRASAS(FRITOS,EMBUTIDOS) | <input type="checkbox"/> DISESTESIAS |
| <input type="checkbox"/> ORTOPNEA | <input type="checkbox"/> CONSUME AZUCAR | <input type="checkbox"/> PLENITUD POST - PRANDIAL |
| <input type="checkbox"/> PALPITACIONES | <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD FISICA | <input type="checkbox"/> DIARREA DE PREDOMINIO NOCTURNO |
| <input type="checkbox"/> CEFALIA | <input type="checkbox"/> TIEMPO EN LA ACTIVIDAD | <input type="checkbox"/> POLIURIA |
| <input type="checkbox"/> EPISTAXIS | <input type="checkbox"/> FRECUENCIA SEMANAL | <input type="checkbox"/> DISURIA |
| <input type="checkbox"/> EDEMASEDEMAS | <input type="checkbox"/> MAREOS | <input type="checkbox"/> POLIDIPSI |
| <input type="checkbox"/> CLASIFICACION DE MMII | <input type="checkbox"/> ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> POLIFAGIA |
| <input type="checkbox"/> DISFUNCION ERECTIL | <input type="checkbox"/> INSOMNIO | <input type="checkbox"/> ULCERAS HERIDAS Y/O CALLOCIDADES EN PIES |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIONES MOTORAS | <input type="checkbox"/> TINNITUS | <input type="checkbox"/> CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIONES DE LA VISION | | |

Otros:

SINTOMATICO RESPIRATORIO

NO

Tos Mayor de 15 Dias

Convive Con Tosedor

Tos Seca

Antecedentes de Baciloscopia

Examen de BK

SINTOMATOCO DE PIEL

NO

Mancha Hipocromica

Área Hipoanestesica:

Placas Eritematosas

Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

EXÁMEN FISICO

Temperatura	36,0000	Frecuencia Respiratoria	18,00	Frecuencia Cardíaca	65	Tensión Arterial	/	Tensión Arterial Media	,00	Perimetro Cefalico	GLASGOW: 15	/15
PESO: 4,9000	TALLA: 57,0000	Indice de masa Corporal	15,08	Saturacion de Oxigeno		Fraccion Inspirada de oxigeno		CONDICIONES:	BUENAS			
Escala del dolor numerica		Escala del dolor grafica										

OBSERVACIONES

SISTEMA

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

OTORRINONARINGOLOGICO

NORMAL

CARDIO PULMONAR Y/O TORAX

NORMAL

GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN

NORMAL

OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES

NORMAL

GINECO Y/O URINARIO

NORMAL

PIEL Y FANERAS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

NORMAL

NEUROLOGICO

NORMAL

OBSERVACIONES

LABORATORIOS Y PARACLINICOS

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 2 MESES DE EDAD QUE CONSULTA EL DIA DE HOY POR CITA MEDICA DE PRIMERA VEZ, COMENTA NO TENER CONTROLES POR SERVICIO DE PEDIATRIA, COMENTA ADEMÁS NO TENER CONTROLES POR CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR NO AFILIACION A EPS HASTA HACE 1 MES.

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

RIESGO CARDIOVASCULAR Y RIESGO BAJO

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRASTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	
CLASIFICACION	

False False False False

PACIENTE FUE ADHERENTE AL PLAN DE CUIDADOS DE LA CONSULTA ANTERIOR

PLAN DE MANEJO

SS IMPEDANCIOMETRIA
SS VALORACION PRIMERA VEZ POR PEDIATRIA
SS INCLUSION A PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

TIPO DE AISLAMIENTO

☐ Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

CUAL

SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO PBS (MIPRES)

NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

1. El paciente toma habitualmente medicamentos en la casa NO
2. Considera que requiere ajuste o modificación en la prescripción que viene tomando habitualmente de acuerdo a la valoración médica del estado del paciente, resultados de paraclínicos, etc?

PORQUE

3. Registre los medicamentos que requiere el paciente y los cambios considere pertinentes en los medicamentos que el paciente toma habitualmente?

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

OBSERVACIONES

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

- | | |
|--|----|
| 1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD | SI |
| 2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR | NO |
| 3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | NO |
| 4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS | NO |
| 5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD | NO |
| 6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE | NO |
| 7. CONSUME LICOR O FUMA | NO |
| 8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS | NO |

CONDUCTA PROFESIONAL

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

4. ELEGIR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ME ATENDERÁN

DEBERES

4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO

DEMANDA INDUCIDA		
RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD		
RUTA MATERNO PERINATAL		
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA		
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		
RUTA CANCER		
RUTA SALUD MENTAL		
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS		
CANALIZACION PIC		

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

1. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
2. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
3. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
- RIESGO CLINICO RELACIONADO CON DECISIONES MEDICAS

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx Ingreso Dx Egreso
--------	--------	------	--------------------------------



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

R688 OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS

Presuntivo



Observación

EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
--------	----------	-------------

INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA) 1

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
--------	----------	-------------

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA 1

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación: FAVOR VERIFICAR INCLUSION A PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Profesional: LIMA LAGUNA EMANUEL DE JESUS

Cédula: 622483

Especialidad: MEDICINA GENERAL



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO FONOAUDIOLOGIA

DATOS DE FOLIO

N° FOLIO: 2 **FECHA DE APERTURA** 20/08/2020 11:42:53 a. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 20/08/2020 12:21:41 p. m.
FOLIO:

DATOS DEL PACIENTE

1141372150

Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Tipo Doc:** RegistroCívil **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 5264864684
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP CONTRIBUTIVO -CS-AS-001-2023 **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	3466117	FECHA DE INGRESO:	20/08/2020 11:37:46 a. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	f	DIRECCION RESPONSABLE:	9
CENTRO DE ATENCIÓN:	FO08 - USS 51 ZONA FRANCA	ÁREA DE SERVICIO:	FO08A01 - AUDIOLOGIA Y AUDIOMETRIA 51 ZONA FRANCA
NOMBRE ACUDIENTE		TELÉFONO ACUDIENTE	
NIVEL EDUCATIVO		ETNIA	
		DISCAPACIDAD	
		TIPO DISCAPACIDAD	

GENERO: F**DOMINANCIA:** AMBIDIESTRO**MOTIVO DE CONSULTA****DESCRIPCION ENFERMEDAD ACTUAL:****Discapacidad** NO**Riesgo de caída** SI**ANTECEDENTES:****PRENATALES** SI FRUTO DEL SEGUNDO EMBARAZO DE 38.7 SEMANAS DE GESTACION**PERINATALES:** SI PARTO A LAS 38.7 SEMANAS DE GESTACION, VIA VAGINAL**POSNATALES:** SI DESARROLLO DEL LENGUAJE, NORMAL

PATOLÓGICOS: HIPERTENSION NO **CARDIOPATIAS** NO **DIABETES** NO **TIPO** : **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA** NO **ALTERACIÓN NO VASCULAR:**

CANCER NO **LOCALIZACIÓN:** **ARTRITIS:** NO **OSTEOPOROSIS:** NO

OTROS: NIEGA

GINECOOBSTÉTRICOS: NO **GRAVIDEZ** **PARTOS:** **ABORTOS:** **VENEREAS:** NO

PSQUIÁTRICOS: NO**QUIRÚRGICOS:** NIEGA**FARMACOLÓGICOS:** NIEGA

TOXICOALÉRGICOS: FUMÒ (A): NO **ALCOHOL:** NO **EXPOSICIÓN A HUMO DE LEÑA:** NO

PSICOACTIVOS: NO

TRAUMATOLÓGICOS: NO **HACE CUANTO** **TIPO:** **MANEJO:** NO

OCUPACIONALES: NIÑA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES**FAMILIARES:** NIEGA**OBSERVACIONES:** NO APLICA**EXPECTATIVAS DEL USUARIO:** QUE SE REALICE EL EXAMEN**QUE NECESIDADES DE INFORMACION O DUDAS TIENE EL USUARIO O SU FAMILIA RESPECTO A EDUCACION EN SALUD, SU**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO FONOAUDIOLOGIA

DIAGNOSTICO O INTERVENCION ?

SE EXPLICA EL OBJETIVO DEL EXAMEN, ENTREGO CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA MADRE DE LA REALIZACION DE INMITANCIA ACUSTICA, EL CUAL FIRMA Y CONFIRMA LA REALIZACION DEL EXAMEN.

SIGNOS VITALES: FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 FRECUENCIA CARDIACA 94 TENSION ARTERIAL

DIAGNOSTICO MEDICO:

fecha inicio F

Inicio Tratamiento NO

Cumplio objetivos

Causas de no cumplimiento

Otras

Finalizo sesiones

EDUCACION

Reconoce derechos y deberes SI

DERECHOS

4. ELEGIR LA
UNIDAD DE
SERVICIOS DE
SALUD Y LOS
PROFESIONALES
DE SALUD QUE ME
ATENDERÁN

DEBERES

4. CUMPLIR
PUNTUALMENTE
CON LAS CITAS
ASIGNADAS POR
LA UNIDAD DE
SERVICIOS DE
SALUD Y
PRESENTARME EN
ADECUADAS
CONDICIONES DE
ASEO

DEMANDA INDUCIDA

CRECIMIENTO Y DESARROLLO VACUNACIÓN

DIAGNOSTICOS**SE REALIZO PROCEDIMIENTO**

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Impo
2011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION		Ppal. <input checked="" type="checkbox"/>

PROCEDIMIENTOS

Código	Descripción Procedimiento	Observaciones	Cant
--------	---------------------------	---------------	------

FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
------------------------	-----------	------

SOLICITUD DE EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
--------	-------------	---------------	------

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO FONOAUDIOLOGIA

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación
Salida_Consulta_Externa	SE ENTREGA RESULTADOS DE EXAMEN A MADRE DEL MENOR, SE RECOMIENDA ENTREGAR A MEDICO TRATANTE SE EXPLICA A LA MADRE DE LA MENOR RESULTADOS DE EXAMEN, REFIERE ENTENDER.



Profesional:	CARRILLO GONZALEZ DERLY YANIRA
Cédula:	52103607
Especialidad	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023
9/76

FECHA DE FOLIO: 30/08/2020 11:06:03 a. m. N° FOLIO:3

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1141372150 Tipo_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1141372150 **EDAD:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE: MARIA SALOME CASTRO CALPA **FECHA DE NACIMIENTO:** 12/06/2020 12:00:00 a. m. **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** BENEFICIARIO CATEGORIA A
ENTIDAD: **TIPO DE REGIMEN:** Contributivo
DIRECCION: CLL 49 SUR 95 A 63 **TELEFONO:** 5264864684 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 3512742 **FECHA DE INGRESO:** 30/08/2020 9:58:27 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra
RESPONSABLE: solo **DIRECCION RESPONSABLE:** bosa **TELEFONO RESPONSABLE:** 123

MOTIVO DE CONSULTA ☐ CONTROL
por control

ENFERMEDAD ACTUAL:

asintomaticaedad 2 mesesNo refiere nexos epidemiologicos ligados al covid 19toma ledhe maternay fpmiula I

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: bronquiolitis a los 1.5 meses
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
TRANSFUSIONALES: NO REFIERE
HOSPITALARIOS: Misericordia
TRAUMATICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
TÓXICOS: NO REFIERE
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
FAMILIARES: NO REFIERE
PERINATALES: NO REFIERE

Desarrollo psicomotor:

PATOLOGIAS
PERINATELES:

CUADRO DE VACUNAS:

vacuna	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	1 Ref.	2 Ref.
BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN	<input checked="" type="checkbox"/>				
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antihepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y LA PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>				
Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/>				

PARTO: ☒ Vaginal ☐ Césarea **Peso al Nacer:** 2800 **Talla al Nacer:** 52
APGAR: **Edad Gestacional:** ☒ Noción de contagio Tuberculosis ☐ Patología perinatal

Cuál:

DESARROLLO PSICOMOTOR

Lenguaje (meses): **Camino (meses):** **Sedestación (meses):** **Sosten cefálico (meses):**
Escolaridad: ☐ Trae carné ☐ Pentavalente ☐ Virus influenza ☐ Hepatitis A
☐ Triple viral ☐ neumococo ☐ Varicela ☐ Rotavirus ☐ Otras
Cuáles: Ninguna

ALIMENTACIÓN: **Lactancia materna:**
Lactancia Complementaria (meses):

Alimentación actual:

Familiograma: madre
abuelos maternos
hermano 1
tia materna
padre separada

REVISION POR SISTEMAS

Organos de los Sentidos NO REFIERE **Cardiopulmanar** NO REFIERE
Gastrointestinal NO REFIERE **Musculo Esqueletico** NO REFIERE
Genito Urinario NO REFIERE **Neurologico** NO REFIERE
Piel Faneras NO REFIERE

Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO
Cédula: 79150113
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

EXAMEN FÍSICO

Peso (gr): 5,80 Talla (cm): 62,00 Perímetro Cefálico (cm): 42 Perímetro Torácico (cm): Temperatura: 36.5 Tensión Arterial: 0,0000
 Frecuencia Respiratoria: 38 Frecuencia Cardíaca: 138 Riesgo Nutricional: Normal Escala del Dolor:

ESTADO GENERAL:

Examen físico:

Estado general: Luce en buen estado en general

Examen Físico: Cabeza Normal, fontanelas normales no malformaciones craneana
paladar normal

Pjos. fundoscopias normales
 otoscopias normales
 nariz . normal
 Cuello no adenomegalias
 Torax. Corazon: no soplos , no arritmias
 pulmonar ruidos pulmonares normales
 Abdp,e No se palpan masa o viceromegalias
 no hernias
 Genitales externos: femeninos
 miembros normales
 piel sana Neurológico Buen desarrollo
 Tanner 0

Paraclínicos

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	14/08/2020	BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre
Z763	PERSONA SANA QUE ACOMPAÑA AL ENFERMO

Tipo	Principal
Presuntivo	True

Observaciones:

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

ANÁLISIS

Lactante sana
 percentiles adecuados en peso y talla
 buen desarrollo neurológico
 se explica se le felicitó
 Recomendaciones del plan de vacunas traer el carnet
 evitar accidentes en casa
 medidas antireflujo y evitar el vómito se explica claramente

RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE

ESCALA YALE

RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE

ESCALA YIOS



Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO
 Cédula: 79150113
 Especialidad: PEDIATRIA

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 30/08/2020 11:06:03 a. m. N° FOLIO:3

ESCALA DE WESTLEY

ESCALA WOOD-DOWNES MODIFICADA FERRES(BRONQUIOLITIS)

ESCALA DE WOOD DOWNES MODIFICADA

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS ninguno

PLAN DE MANEJO control

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO NO

☐ Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

CUAL

SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO POS (MIPRES) NO

NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?

NO

CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?

POR QUE

REGISTRE LOS CAMBIOS CONSIDERE PERTINENTES EN LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE



Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO
Cédula: 79150113
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Usuario: 52773141

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

NO

OBSERVACIONES

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	
CLASIFICACION	

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD
2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS
5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD
6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE
7. CONSUME LICOR O FUMA
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS

CONDUCTA PROFESIONAL

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES



Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO
 Cédula: 79150113
 Especialidad: PEDIATRIA

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 30/08/2020 11:06:03 a. m. N° FOLIO:3

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

EDUCACION

DERECHOS

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA



Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO
Cédula: 79150113
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Usuario: 52773141

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE LA NIÑA - USAR HCPIEI

DATOS DEL PACIENTE	FECHA DE FOLIO:	4/12/2020 12:27:04 p. m.	N° FOLIO:	4
Nombre Paciente:	MARIA SALOME CASTRO CALPA	Identificación:	1141372150	Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	12/junio/2020	Edad Actual:	3 Años / 2 Meses / 26 Días	
Dirección:	CLL 49 SUR 95 A 63	Estado Civil:	Soltero	
Procedencia:	BOGOTA	Teléfono:	5264864684	
Entidad:	CAPITAL SALUD	Ocupación:	OTROS OFICIOS	
Plan Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD - PYD 2020	Régimen:	Regimen_Simplificado	
		Nivel - Estrato:	BENEFICIARIO CATEGORIA A	

DATOS DE LA ADMISIÓN:		
N° INGRESO:	4029091	FECHA DE INGRESO: 4/12/2020 11:57:59 a. m.
FINALIDAD CONSULTA:	Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo	CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE:	MARIA SALOME CASTRO CALPA	DIRECCION RESPONSABLE: NO
CENTRO DE ATENCIÓN:	PA34 - USS EL PORVENIR	TELEFONO RESPONSABLE: 00
	ÁREA DE SERVICIO:	PA34A37 - MEDICINA GENERAL PYD PORVENIR

ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE 10 AÑOS			
TIPO DE CONSULTA:	INGRESO AL PROGRAMA	NUMERO DE CONTROL:	0,0000
		FECHA HC:	4/12/2020 11:59:32 a. m.

DATOS DEL PACIENTE			
NIVEL EDUCATIVO:		DISCAPACIDAD:	NO
		TIPO DE DISCAPACIDAD:	
ETNIA:			
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	LAURA CALAPA MADRE	RESPONSABLE:	SI
		TELEFONO ACOMPAÑANTE:	3118040857

MOTIVO DE CONSULTA
"Control De Crecimiento Y Desarrollo "

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DE 5 MESES ASISTE CON MADRE PARA DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO , ESTABLE ASINTOMÁTICA, VIA ORAL POSITIVA , DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL

ANTECEDENTES			
FAMILIARES		PERSONALES	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
NO	<...DIABETES...>	NO	SARAMPIÓN
NO	<..TUBERCULOSIS..>	NO	DIFTERIA:
NO	<..ALERGIAS..>	NO	PAROTIDITIS:
NO	<..HIPERTENSION..>	NO	POLIOMIELITIS:
NO	<..TRANSTORNO MENTAL..>	NO	RUBEOLA:
NO	<..MALFORMACIONES CONGÉNITAS...>	NO	ROSÉOLA:
NO	<..OTROS...>	NO	VARICELA:
			HEPATITIS:

CUALES		ACCIDENTES:	NO
BRONQUIOLITIS AL 1 MES		CIRUGÍAS:	NO
ANTECEDENTES PERINATALES		SÍNDROME CONVULSIVO:	NO
EDAD DE LA MADRE EN EL PARTO:	23,0000	EPISODIOS DE DIARREA EN EL AÑO:	
EDAD GESTACIONAL AL NACER:	38,5000	EPISODIOS DE OTITIS MEDIA EN EL AÑO:	
EMBARAZO DESEADO:	SI	HOSPITALIZACIONES EN EL AÑO:	
CONTROL PRENATAL:	SI	EPISODIOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL AÑO:	
PARTO INSTITUCIONAL:	SI	OBSERVACIONES:	
PARTO ESPONTANEO:	SI		
TALLA AL NACER EN cm:	52,0000		
PESO AL NACER EN Gra:	2688,0000		
HEMOCLASIFICACION AL NACER:	SI	DETALLE	B+
TSH AL NACER:	SI	DETALLE	NORMAL
SEROLOGÍA AL NACER:	SI	DETALLE	NORMAL

SALUD DE LA MADRE Y/O CUIDADOR			
FUMA:	NO	CIGARRILLO X DIA:	0,00
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:	NO	CUALES:	
OTRO:	NO		
SALUD DE LA MADRE Y/O DEL CUIDADOR			
SANO		REFERIDO A:	

INTEGRANTES DEL HOGAR									
INTEGRANTES DEL HOGAR									
True	False	HERMANOS:	1,00	OTROS:	2,00	QUIENES:	ABUELOS	HERMANOS VIVOS:	1,00
			00		0				0
COMPARTES LA CAMA:	NO	HACINAMIENTO:	NO	DETALLE:		CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:	NO	DETALLE:	
LACTANCIA									
RECIBE LECHE MATERNA	SI	RECIBE PECHO EN LA NOCHE:	SI	CUÁNTAS VECES EN 24 HORAS	8,0000	SE EXTRAER LA LECHE			



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE LA NIÑA - USAR HCPIEI

CÓMO LA GUARDA Y ADMINISTRA				LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES	0,0000
EL MENOR RECIBE OTRA LECHE O ALIMENTOS	SI	CUÁNTAS VECES	3,0000	CUALES	SIMILAC I
QUÉ USA PARA DAR DE COMER	BIEBRON				
QUIÉN LE DA DE COMER	MADRE			EDAD DEL DESTETE EN MESES	0,0000

SINTOMATICO RESPIRATORIO	NO
TOS MAYOR DE 15 DIAS	CONVIVE CON TOSEDOR
TOS SECA	EXAMEN BK
	ANTECEDENTE DE BACILOSCOPIA (BK)

SINTOMATICO DE PIEL	
SINTOMATICO DE PIEL	NO
MANCHA HIPOCROMICA	AREA HIPOANESTESICA
PLACAS ERITEMATOSAS	ULCERA REDONDEADA CON CENTRO GRANULOMATOSO INDOLORO

VACUNACION
TRAE CARNET DE VACUNAS

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION										
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES	0,0000
TUBERCULOSIS (BCG)	RN								VACUNAS PENDIENTES	
HEPATITIS B (HB)	RN									
POLIO ORAL (VOP)		1	2	3			R1	R2	OBSERVACIONES	
POLIO INYECTABLE (VIP)		1	2	3			R1	R2		
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B		1	2	3						
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)							R1	R2		
ROTAVIRUS		1	2							
NEUMOCOCO		1	2			R1				
INFLUENZA				1	2	RA				
HEPATITIS A						1				
SARAMPION RUBEOLA PAPERAS (SRP):						1		R1		
FIEBRE AMARILLA:							1			
VARICELA:						1				

OBSERVACIONES DEL CONTROL
VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET

COMPONENTE HISTORIA CLÍNICA CRECIMIENTO Y DESARROLLO																		
TEMP	37,00	FC	120,0000	FR	24,0000	TA	0,0000	0,0000	TAM	0,0000	SAT_O2	0,0000	PERIMETRO_BRAZO	13,0000	TALLA(Cm)	65,0000	PESO ACTUAL (Kg)	7,0000
IMC	16,5700	FiO2	0,0000										PERIMETRO CEFALICO		43			

CABEZA Y CUELLO
NORMOCEFALA
OTORRINONARINGOLOGICO
SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR Y / O TORAX
SIN ALTERACION
GASTROINTESTINAL Y / O ABDOMEN:
SIN ALTERACION
EXTREMIDADES Y / O OSEOMUSCULAR
SIN ALTERACION
GINECO Y / O URINARIO:
SIN ALTERACION
PIEL Y FANERAS:
SIN ALTERACION
NEUROLOGICO:
SIN ALTERACION
OBSERVACIONES



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE LA NIÑA - USAR HCPIEI

COMPONENTE AIEPI DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO									
TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE	NO	PUEDEN BEBER O TOMAR DE PECHO		VOMITA TODO					
LETÁRGICO O INCONSCIENTE		CONVULSIONES							
TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	NO	CUANTO TIEMPO HACE?		EPISODIOS PREVIOS DE SIBILANCIA					
RESPIRACIÓN POR MINUTO	0,0000	ESTRIDOR EN REPOSO		SIBILANCIAS		TIRAJE SUBCOSTAL			
TIENE DIARREA	NO	TIPO		CUANTO TIEMPO HACE?		OJOS HUNDIDOS		LETÁRGICO O INCONSCIENTE	
SANGRE EN LAS ACES		INTRANQUILIDAD O IRRITABLE		BEBE MAL O NO PUEDE BEBER		PLIEGE CUTANEO MUY LENTO (2 SEG) O LENTO			
DESHIDRATACION									
TIENE FIEBRE	NO	TIPO		FIEBRE MÁS 5 DÍAS 39°C		DENGUE VIVE O VISITO ZONA RIESGO			
RIGIDEZ NUCA		MANIFESTACIÓN DE SANGRADO		PIEL HÚMEDA Y FRÍA		PULSO DÉBIL Y RÁPIDO			
INQUIETO E IRRITABLE		ERUPCIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA		TOS - CORIZA - OJOS ROJOS		AIEPI BACTERIEMIA			
MALARIA VIVE O VISITO ZONA RIESGO		DOLOR ABDOMINAL CONTINUO E INTENSO				CUANTO TIEMPO HACE?			
PROBLEMA DE OIDO	NO	TIPO		TIENE SUPURACIÓN DE OIDO					
DESDE CUANDO				CUANTOS EPISODIOS HA PRESENTADO			0,0000		
OBSERVE SUPURACIÓN DE OIDO				TUMEFACCIÓN DOLOROSA AL TACTO DETRÁS DE LA OREJA					
OBSERVE TÍMPANO ROJO Y ABOMBADO									
PROBLEMA DE GARGANTA	NO	TIPO		TIENE DOLOR DE GARGANTA					
GANGLIOS CRECIDOS Y DOLOROSOS		EXUDADO BLANCO - ERITEMA				AMÍGDALAS ERITEMATOSAS:			
TIENE MALTRATO	NO	TIPO DE MALTRATO		LESIÓN SUGESTIVA DE MALTRATO					
LESIONES EN GENITALES O AÑO		DISCREPANCIA ENTRE HISTORIA / DESARROLLO Y LESIONES							
EXPRESA ESPONTÁNEAMENTE QUE ES VÍCTIMA DE MALTRATO				DESCUIDADO HIGIENE Y SALUD					
ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES				ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO					
DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA	NO	ANEMIA GRAVE O DESNUTRICIÓN GRAVE				SIGNO DE EMANCIPACIÓN VISIBLE			
PALIDEZ PALMAR LEVE O INTENSA		EDEMA EN AMBOS PIES							
SALUD BUCAL									
TIENE DOLOR EN LA BOCA	NO	TIENE DOLOR AL COMER-MASTICAR				TIENE DOLOR EN ALGÚN DIENTE			
INFLAMACIÓN DOLOROSA LABIO		MANCHAS CAFÉS O BLANCAS				DEFORMACIÓN CONTORNO DE ENCÍA			
EDEMA Y ERITEMA ENCÍA		PLACA BACTERIANA				INFLAMACIÓN LOCALIZADA			
ENROJECIMIENTO		VESÍCULAS				ULCERAS		EXUDADO-PUS	
PLACAS EN		TRAUMA EN CARA O BOCA			NO	TRAUMA EN		HERIDA EN	
HALLAZGOS ODONTOLÓGICOS									
CARIES CAVITACIONALES	NO	TIENEN PADRES/HERMANOS CON CARIES				¿UTILIZA CHUPO O BIBERÓN?			
¿CUÁNDO LE LIMPIA LA BOCA?		¿CUÁNDO LE LIMPIA LA BOCA UTILIZA?							
CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA									
OBSERVACIONES									
ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO									
VALORACIÓN EAD									
MOTRICIDAD GRUESA	4,0000		MG	Escoger según valor					
MOTRICIDAD FINA	6,0000		MF	Escoger según valor					
AUDICIÓN LENGUAJE	6,0000		AL	Escoger según valor					
PERSONAL SOCIAL	6,0000		PS	Escoger según valor					
INDIQUE SI TIENE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO O FALTA DE ESTIMULACIÓN									

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

tableCell199

ANÁLISIS

PACIENTE DE 5 MESES ASISTE CON MADRE PARA DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ESTABLE ASINTOMÁTICA, VIA ORAL POSITIVA, DIURESIS Y DEPOSICIÓN NORMAL AL EF CON ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL P / T : ENTRE 0 Y -1, SIN SIGNOS DE ENFERMEDAD GRAVE, PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL TOLERANDO VIA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE NORMOTENSO, ASINTOMÁTICO, SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES, CONTROL.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS **CAÍDAS**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE
LA NIÑA - USAR HCPIEI

PLAN DE MANEJO

SUERO NASAL / ABUNDANTES LIQUIDOS
LECHE MATERNA EXCLUSIVA HASTA EL 6 MES Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS
DIETA RICA EN CARNES FRUTAS Y VERDURAS
SIGNOS DE ALARMA : FIEBRE VOMITO DIARREA , RECHAZO A LA VIA ORAL , DIFICULTAD
PARA RESPIRAR ALETEO NASAL , RETRACCIONES COSTALES , CONVULSION ,
HIPOACTIVIDAD , MALESTAR GENERAL , ENTRE OTROS SI SE PRESENTAN ACUDIR POR
URGENCIAS
CONTROL DE C Y D Y MEDICO PERIODICO POR RANGO DE EDAD
SEGUIMIENTO A VACUNACION
PREVENCION DE ACCIDENTES EN CASA
USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE
SS RX CADERAS , AUDIOMETRIA

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO NO
PROTEGIDO

☐ Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

CUAL

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

EL PACIENTE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO NO

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN PREVIA

POR QUE

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA
FORMULA MÉDICA

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION NO

OBSERVACIONES

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

- | | |
|--|----|
| 1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD | SI |
| 2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR | SI |
| 3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | SI |
| 4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS | SI |
| 5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD | SI |
| 6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE | NO |
| 7. CONSUME LICOR O FUMA | NO |
| 8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS | NO |

CONDUCTA PROFESIONAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE LA NIÑA - USAR HCPIEI

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE EXPLICA A MADRE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO SALUD E HIGIENE ORAL LIMPIEZA , FOMENTO Y BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA; IMPORTANCIA PRIMEROS 6 MESES DE VIDA EXCLUSIVAMENTE, SEGUIMIENTO VACUNACIÓN TRAER CARNET EN TODAS LAS CITAS, INICIAR CONTROLES POR CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE, NO TOLERANCIA A VIA ORAL, CONVULSION DIFICULTAD RESPIRATORIA, RECOMENDACIONES GENERALES

DIETA SALUDABLE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, INDICACIONES DE CUIDADO A MADRE: LAVAR MANOS ANTES DE CADA COMIDA Y CON EL CAMBIO DE PAÑAL CONTROL DE VACUNAS SEGUN EDAD Y ESQUEMA PAI, VIGILAR TEMPERATURA Y RESPIRACION.NO BESAR EN BOCA. ASISTIR A PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, HABITACION CON ADECUADA VENTILACION

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SE EXPLICA A MADRE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO SALUD E HIGIENE ORAL LIMPIEZA , FOMENTO Y BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA; IMPORTANCIA PRIMEROS 6 MESES DE VIDA EXCLUSIVAMENTE, SEGUIMIENTO VACUNACIÓN TRAER CARNET EN TODAS LAS CITAS, INICIAR CONTROLES POR CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE, NO TOLERANCIA A VIA ORAL, CONVULSION DIFICULTAD RESPIRATORIA, RECOMENDACIONES GENERALES

DIETA SALUDABLE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, INDICACIONES DE CUIDADO A MADRE: LAVAR MANOS ANTES DE CADA COMIDA Y CON EL CAMBIO DE PAÑAL CONTROL DE VACUNAS SEGUN EDAD Y ESQUEMA PAI, VIGILAR TEMPERATURA Y RESPIRACION.NO BESAR EN BOCA. ASISTIR A PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, HABITACION CON ADECUADA VENTILACION

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

SI

DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.

DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA

DEMANDA INDUCIDA

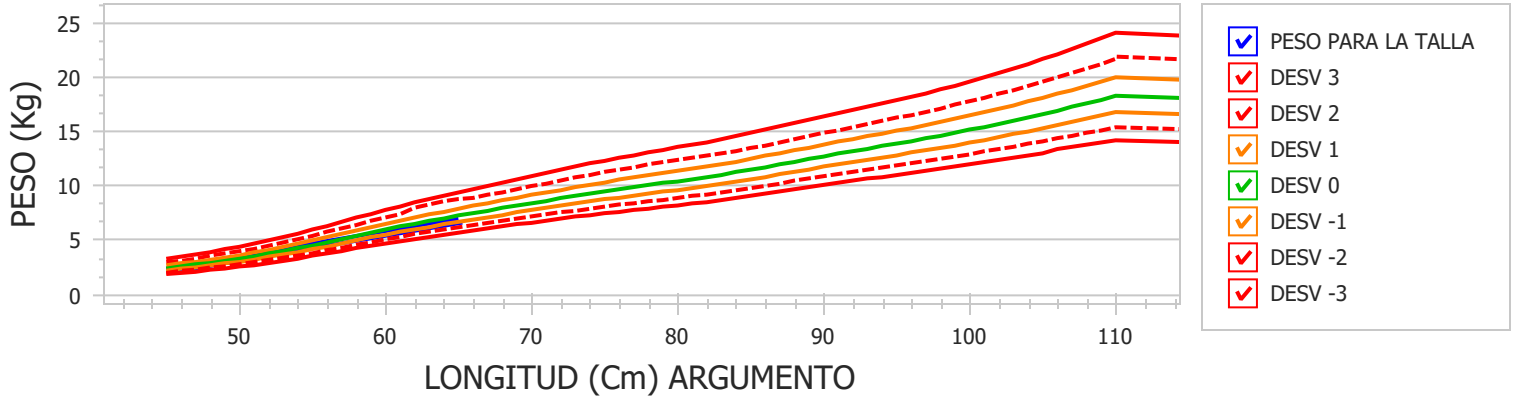
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE
LA NIÑA - USAR HCPIEI

CRECIMIENTO Y DESARROLLO
VACUNACIÓN
SALUD ORAL

GRAFICAS 0 A 2 AÑOS

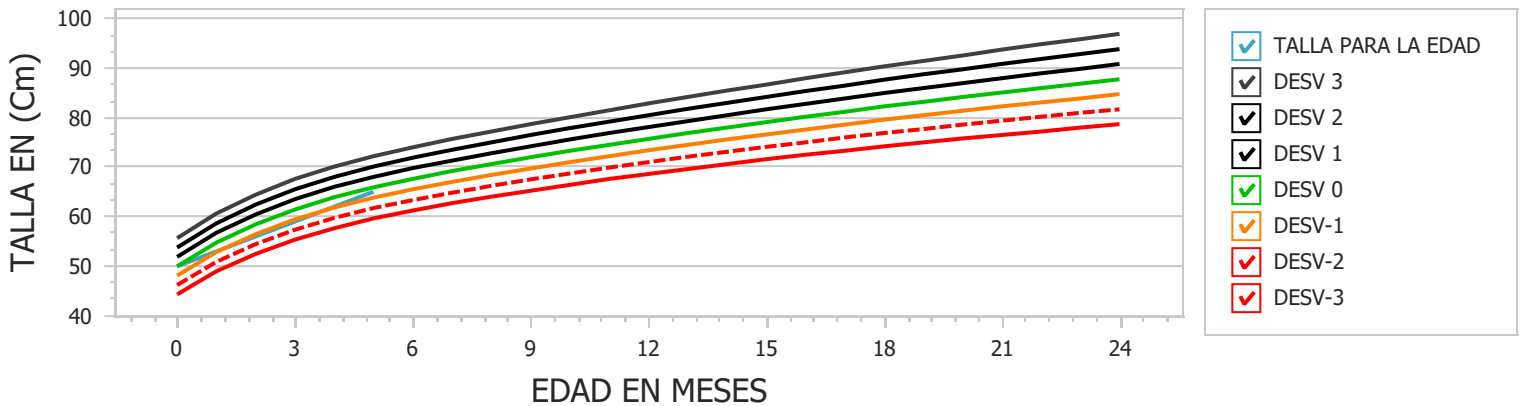
PESO PARA LA TALLA DE 0 A 2 AÑOS

PESO PARA LA TALLA 0 A 2 AÑOS



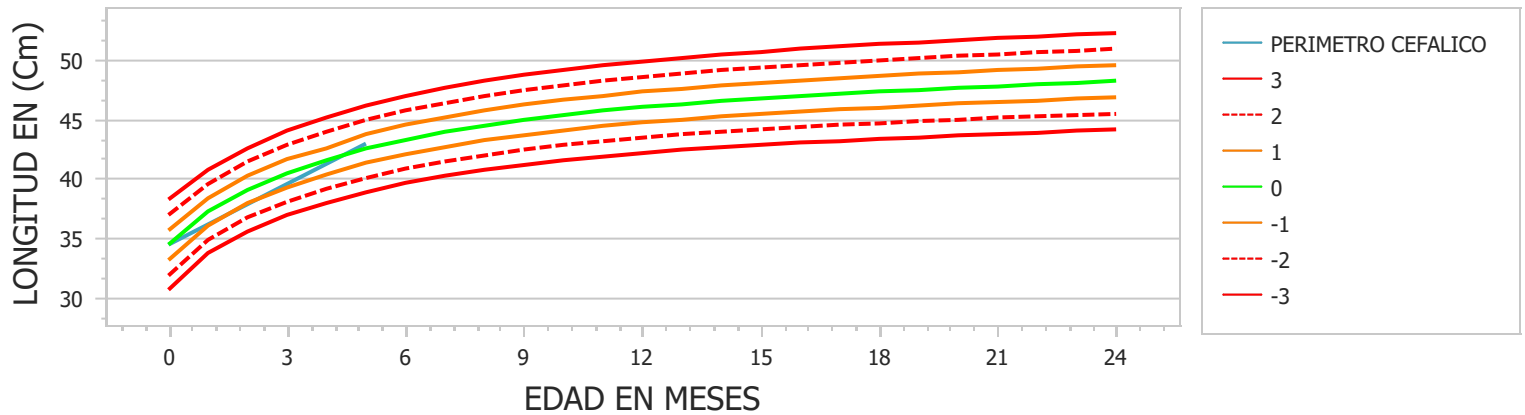
TALLA PARA LA EDAD DE 0 A 2 AÑOS

TALLA PARA LA EDAD



PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD DE 0 A 2 AÑOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE
LA NIÑA - USAR HCPIEI
PERIMETRO CEFALICO 0 A 2 AÑOS



GRAFICAS 2 A 5 AÑOS

PESO PARA LA TALLA EN EDAD 2 A 5 AÑOS

TALLA PARA LA EDAD DE 2 A 5 AÑOS

PERIMETRO CEFALICO EN EDAD 2 A 5 AÑOS



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE
LA NIÑA - USAR HCPIEI

GRAFICAS 5 A 10 AÑOS
IMC PARA LA EDAD DE 5 A 10 AÑOS
TALLA PARA LA EDAD DE 5 A 10 AÑOS

ANTECEDENTES				
Tipo	Fecha	Observaciones		
Tóxicos	14/08/2020	Ninguno	NIEGA	
DIAGNOSTICOS				
Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx Egreso
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observación				
EXAMENES SOLICITADOS				
Nombre	Cantidad	Observacion		
RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	1			
AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO	1			
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS				
Nombre	Cantidad	Observacion		
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1			
INDICACIONES MEDICAS				
Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa				
Detalle Indicación:				



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DE
LA NIÑA - USAR HCPIEI

R. Cuesta.

Profesional:	CUESTA NOVOA RICARDO JAIR
Cédula:	79574742
Especialidad	MEDICINA GENERAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
NOTA DE EVOLUCION ADICIONAL

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141372150 **N° FOLIO:** 5
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 3118040857
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD CONTRIBUTIVO **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A
AREA DE SERVICIO: **CENTRO ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE APERTURA FOLIO: 31/03/2021 2:00:58 p. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 31/03/2021 2:02:59 p. m.

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 4584872 **FECHA DE INGRESO:** 31/03/2021 12:00:01 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: laura calpa **DIRECCION RESPONSABLE:** CLL 49 SUR 95 A 63 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3118040857
CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11B05 - URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL

CONSULTA: False **Médico:** Documento
ASISTIDA:

SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR UROANALISIS
EDUCACION

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
RUTA MATERNO PERINATAL tableCell50
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA tableCell50
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA tableCell50
RUTA CANCER
RUTA SALUD MENTAL
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS tableCell50
CANALIZACION PIC

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación A DESCARTAR					

EXAMENES SOLICITADOS		
Nombre	Cantidad	Observacion
UROANALISIS	1	

INDICACIONES MEDICAS	
Tipo Indicación:	Urgencias_Observacion
Detalle Indicación:	OBSERVACION EN SALA DE ESPERAUROANALISIS



Nombre Medico: PARRA RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO
Registro: 722629
Especialidad: PEDIATRIA

Usuario: 52773141



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

DATOS DEL PACIENTE

1141372150

Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Tipo Doc:** RegistroCívil **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero

Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 3118040857

Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**

Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP CONTRIBUTIVO -CS-AS-001-2023 **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 4584872 **FECHA DE INGRESO:** 31/03/2021 12:00:01 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General

RESPONSABLE: laura calpa **DIRECCION RESPONSABLE:** CLL 49 SUR 95 A 63 **RELIGION**

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11B05 - URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL

TRIAGE: 573753 **Fecha Triage:** 31/03/2021 11:56:54 a. m. **003 - III URGENCIA (REQUIERE MEDIDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN URGENCIAS) ATENCION 180 MIN**

NOMBRE ACUDIENTE
NIVEL EDUCATIVO

TELEFONO ACUDIENTE
ETNIA

RESPONSABLE
DISCAPACIDAD **TIPO DISCAPACIDAD**

Tipo de Consulta**Acompañante:****Fecha Ingreso a Consulta** 31/03/2021 13:32:13

LAURA CALPA (MADRE)

Discapacidad NO**Telefono:** 3138887859**Tipo Discapacidad** NINGUNA**Asintomático Respiratorio:** No**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

31/03/2021 2:19:41 p. m.

miércoles, 31 de marzo de 2021 1:32:30 p. m.

SE TRATA DE LACTANTE MENOR FEMENINO DE 9 MESES , QUIEN REFIERE LA MADRE INICIA EA EL 30/03/21 CON FIEBRE CUANTIFICADA EN 38,8 GRADOS QUE CEDE PARCIALMENTE CON ACETAMINOFEN, CONCOMITANTEMENTE PRESENTA 3 EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, 3 EVACUACIONES LIQUIDAS CON MOCO SIN SANGRE, POR PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DECIDE ACUDEI A ESTE CENTRO

NIEGA CONTACTO CON PACIENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS DE COVID 19

SE VALORA PACIENTE PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GORRO , CARETA, BATA ANTIFLUIDOS, POLAINAS, GUANTES)

REVISION POR SISTEMA**Organos de los Sentidos****GastroIntestinal****Genito Urinario****Piel Faneras****Cardiopulmanar****Musculo Esqueletico****Neurologico****SIGNOS VITALES****ASPECTO GENERAL AL INGRESO**







LUCE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES

Frecuencia Respiratoria 26 **Tension Arterai** **FrecuenciaCardiaca** 142 **TALLA** 68,0 **PESO** 7,14 **GLASGOW** 15
000

Temperatura 36,5 **Fracción Inspirada de Oxigeno** 21 **Saturación** 96%

SATURACION 96%**PROCEDIMIENTO****ESCALA DEL DOLOR**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**HISTORIA CLÍNICA****HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS**

					
0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<input type="checkbox"/> Sin Dolor	<input type="checkbox"/> Poco Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor moderad	<input type="checkbox"/> Dolor Fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor muy fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor Insoportable

ANALISIS DEL DOLOR**CABEZA Y CUELLO**

NORMOCEFALAOTOSCOPIA SIN LESIONES RINOSCOPIA SIN RINORREA SIN LESIONESOROFARINGE CONGESTIVA AMIGD G II, SIN EXUDADOS

CARDIOPULMONAR

TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE MV PTE SIN AGREGADOSRS CS RS Y RS S/S AUDIBLE

ABDOMEN

GLOBOD, BLANDO NO IMPRESIONA DOLOR, SIN MEGALIAS, SIN DISTENSION SIN SIGNOS DE IRRITACION

GENITOURINARIO

NO EVALUADO

EXTREMIDADES

EUTROFICAS SIMETRICAS , MOVILES SIN EDEMAS SIN EXANTEMAS

PIEL Y FANERAS

LLENADO CAPILAR 2 SEG.SIN EDEMAS SIN EXANTEMAS

NEUROLOGICO

ACTIVA, IRRITABLE UNICAMENTE DURANTE EXPLORACION

ANALISIS DE LA INFORMACION

SE TRATA DE LACTANTE MENOR FEMENINO DE 9 MESES , QUIEN REFIERE LA MADRE INICIA EA EL 30/03/21 CON FIEBRE CUANTIFICADA EN 38,8 GRADOS QUE CEDE PARCIALMENTE CON ACETAMINOFEN, CONCOMITANEMENTE PRESENTA 3 EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, 3 EVACUACIONES LIQUIDAS CON MOCO SIN SANGRE, POR PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DECIDE ACUDEI A ESTE CENTRO.SE VALORA LACTANTE QUIEN LUCE SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION ,SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DISTENSION DE SIN SIGNOS DE SEPSIS, NEUROLOGICO NORMAL, MADRE REFIERE QUE INICIA TOLERANCIA DE VIA ORAL, A LIQUIDOS Y ULTIMO PICO FEBRIL 1130 AM, QUE CEDE CON ACETAMINOFEN, SE SOSPECHA DE CUADRODE ENTERITIS PROBABLE ORIGEN VIRAL SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION Y CON TOLERANCIA DE VIA ORAL, SIN EMBARGO POR EDAD DECIDO SOLICITAR UROANALISIS PARA DESCARTAR IVU, SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN DE MANEJO

DXCOS1. ENTERITIS VIRAL 2. EMESIS Y FIEBRE SECUNDARIA3. IVU A DESCARTAR4. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADOPLAN OBSERVACION EN SALA DE ESPERASRO DARLE A TOMAR A LIBRE DEMANDAACETAMINOFEN 3,5 CC VO CADA 6 HORAS SI FIEBRESS UROANALISISRE VALORACION CON RESULTADOS

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**ESCALA DE SUICIDIO**

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	
CLASIFICACION	

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

Usuario protegido Estándar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

CUAL

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA? NO

CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?

POR QUE

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN DESCRITOS EN LA FORMULA MEDICA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. SE LE INDICA AL PACIENTE EL ESTADO NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EVOLUCION Y TRATAMIENTO, SE BRINDA INFORMACION ADECUADA SOBRE REPORTE DE EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS.2. SE LE INFORME AL PACIENTE SOBRE LOS CUIDADOS Y AUTOCUIDADOS EN CASA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES(ALIMENTACION SANA, ACTIVIDAD FISICA, ETC).3. SE VERIFICA LA COMPRESION DE LAS INDICACIONES Y ORDENES MEDICAS.4. SE LE INDICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES EL PACIENTE DEBE ACUDIR A URGENCIAS.5. EL USUARIO AMERITA ACTIVIDAD DE PROMOCION Y PREVENCION

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
RUTA MATERNO PERINATAL
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
RUTA CANCER
RUTA SALUD MENTAL
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS
CANALIZACION PIC

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

1. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
 2. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
 3. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
- RIESGO CLINICO RELACIONADO CON DESICIONES MEDICAS

ANTECEDENTES

Médicos 14/08/2020 9:44:02 a. m. BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE****HISTORIA CLÍNICA****HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS**

Quirúrgicos	14/08/2020 9:44:02 a. m.	NIEGA
Alérgicos	14/08/2020 9:44:02 a. m.	NIEGA
Médicos	30/08/2020 11:06:03 a. m.	bronquiolitis
Médicos	4/12/2020 12:27:04 p. m.	BRONQUIOLITIS
Alérgicos	4/12/2020 12:27:04 p. m.	NIEGA
Inmunológicos	4/12/2020 12:27:04 p. m.	REFIERE VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET
Médicos	13/04/2023 5:52:03 p. m.	DESNUTRICION MODERADA
Médicos	18/04/2023 3:13:46 p. m.	NIEGA
Alérgicos	18/04/2023 3:13:46 p. m.	NIEGA
Familiares	18/04/2023 3:13:46 p. m.	NIEGA
Inmunológicos	18/04/2023 3:13:46 p. m.	ESQUEMA ATRAZADO FALTA TERMINAR 1 AÑO Y FALTAN 18 MESES
Médicos	19/04/2023 3:21:40 p. m.	No refiere ningun cambio
Médicos	19/04/2023 4:39:31 p. m.	Sin cambios
Médicos	13/05/2023 6:01:12 p. m.	ANOTADOS
Médicos	31/07/2023 7:13:07 a. m.	ANOTADOS

Nombre reporte : HCRPHistoBase



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

Fumador

Fumadores en Casa ☐ F

Sustancias label98

Medida Fumador ☐ F

Exposición al Humo ☐ F

Medida Sustancias ☐ F

Tiempo Fumador

Tiempo de Exposición

Medida Sustancias ☐ F

Medida Exfumador ☐ f

Mascotas en Casa ☐ f

Tiempo Sustancias

Tiempo Exfumador

DIAGNOSTICOS		SE REALIZO PROCEDIMIENTO		
Código	Descripción Diagnóstico		Observaciones	Impo
Planifica <input type="checkbox"/> F	Método:		FUP	
G	P	A	C	V
				E
				M
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES			Ppal. <input checked="" type="checkbox"/> Folio

PROCEDIMIENTOS				
Código	Descripción Procedimiento		Observaciones	Cant
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		A DESCARTAR	Ppal. <input type="checkbox"/> Folio

PROCEDIMIENTOS				
Código	Descripción Procedimiento		Observaciones	Cant

FORMULA MEDICA				
Nombre del Medicamento			Posología	Cant

SOLICITUD DE EXAMENES				
Código	Descripción		Observaciones	Cant

INDICACIONES MEDICAS				
Tipo			Detalle Indicación	
Urgencias_Observacion	DXCOS		1. ENTERITIS VIRAL	
			2. EMESIS Y FIEBRE SECUNDARIA	
			3. IVU A DESCARTAR	
			4. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	
	PLAN		OBSERVACION EN SALA DE ESPERA	
			SRO DARLE A TOMAR A LIBRE DEMANDA	
			ACETAMINOFEN 3,5 CC VO CADA 6 HORAS SI FIEBRE	
			SS UROANALISIS	
			RE VALORACION CON RESULTADOS	

Médico

Identificación

Registro Médico

Especialidad

GUSTAVO ADOLFO PARRA RODRIGUEZ

722629

722629

PEDIATRIA

Firma:



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

ESE

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION HOSPITALIZACION

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 31/03/2021 7:00:37 p. m.

Nº FOLIO: 7

Nombre Paciente: CASTRO CALPA MARIA SALOME

Identificación: 1141372150

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 Edad Actual: 3 Años / 2 Meses / 26 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63

Teléfono: 3118040857

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD

Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITAL SALUD

Nivel - Estrato: BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 4584872

FECHA DE INGRESO: 31/03/2021 12:00:01 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

RESPONSABLE: laura calpa

DIRECCION RESPONSABLE: CLL 49 SUR 95 A 63

TELEFONO RESPONSABLE: 3118040857

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO: KE11B05 - URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

DIAGNOSTICO MEDICO:

DXCOS

1. ENTERITIS VIRAL
2. EMESIS Y FIEBRE SECUNDARIA
3. IVU DESCARTADA
4. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO

SUBJETIVO

PACIENTE ES ENCONTRADA EN BRAZOS DE LA MADRE QUIEN REFIERE QUIEN REFIERE MEJORIA DE LA FIEBRE Y VERLA EN MEJOR ESTADO GENERAL.

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	36,9000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	21,0000	SATURACION DE OXIGENO	97,0000	TENSION NARTERIA L	1,0000	/	1,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	1,0000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	28,000	FRECUENCIA CARDIACA	144,000	TALLA (Centimetros)	68,0000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	7,1400	INDICE DE MASA CORPORAL	15,4400	GLASGOW	15/15

OBJETIVO

CABEZA Y CUELLO
 NORMOCEFALAOTOSCOPIA SIN LESIONES RINOSCOPIA SIN RINORREA SIN LESIONESOROFARINGE CONGESTIVAAMIGD G II, SIN EXUDADOS
 CARDIOPULMONAR
 TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE MV PTE SIN AGREGADOSRS CS RS Y RS S/S AUDIBLE
 ABDOMEN
 GLOBOD, BLANDO NO IMPRESIONA DOLOR, SIN MEGALIAS, SIN DISTENSION SIN SIGNOS DE IRRITACION
 GENITOURINARIO
 NO EVALUADO
 EXTREMIDADES
 EUTROFICAS SIMETRICAS , MOVILES SIN EDEMAS SIN EXANTEMAS
 PIEL Y FANERAS
 LLENADO CAPILAR 2 SEG.SIN EDEMAS SIN EXANTEMAS
 NEUROLOGICO
 ACTIVA, IRRITABLE UNICAMENTE DURANTE EXPLORACION

RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

UROANALISIS

COLOR AMARILLA, ASPECTO LIG TURBIA, DENSIDAD, 1.015, PH 6 LEUC NEG, NITRITOS NEG, PROTEINAS NEG, GLUCOSA NORMAL, CUERPOS CETONICOS NEGATIVO, UROBILINOGENO NORMAL, BILLIRUBINA NEG, SANGRE 25 , SED C EPITE ESCASAS, BACTERIAS ESCASAS LECO 0-2 CELULAS DE EPITELIO TRANSCIONAL 1-2 UROANALISIS DE CARACTERISTICAS NORMALES NO PATOLOGICO

ANALISIS

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA AFEBRIL EN APARENTE ADECUADO ESTADO GENERAL , UROANALISIS NORMAL NO SUGESTIVO DE INFECCION POR LO QUE DESCARTA INFECCION DE VIAS URINARIAS, POR DISMINUCION Y CONTROL DE LA TEMPERATURA SE DECIDE DAR DE ALTA CON MEDICACION ANTIPIRETIEN EN CASA SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA, MADRE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN

NO APLICA

SALE CON CITA DE CPN

NO APLICA

PLAN DE TRATAMIENTO

DXCOS

1. ENTERITIS VIRAL
2. EMESIS Y FIEBRE SECUNDARIA
3. IVU DESCARTADA
4. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO

PLAN
SALIDA
SRO DARLE A TOMAR A LIBRE DEMANDA
ACETAMINOFEN 3,5 CC VO CADA 6 HORAS SI FIEBRE POR 5 DÍAS

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	
CLASIFICACION	

TIENE RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL O SUICIDIO NO

CONDUCTA

PACIENTE NECESITA COMITE DE ÉTICA HOSPITALARIA

DESCRPCIÓN DEL DILEMA ÉTICO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

NO

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).

NO NUMERO MIPRES.

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.

SI

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

NO

POR QUE

CUAL.

REGISTRE LOS CAMBIOS QUE CONSIDERE PERTINENTES EN LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE

EDUCACION

EDUCACION EN ALIMENTACION Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD		PRIMERA INFANCIA
RUTA MATERNO PERINATAL		
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA		
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		
RUTA CANCER		
RUTA SALUD MENTAL		
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS		
CANALIZACION PIC		
PRIMERA INFANCIA		

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: **Salida**
Detalle Indicación: DXCOS1. ENTERITIS VIRAL 2. EMESIS Y FIEBRE SECUNDARIA 3. IVU DESCARTADA4. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADOPLAN SALIDASRO DARLE A TOMAR A LIBRE DEMANDAACETAMINOFEN 3,5 CC VO CADA 6 HORAS SI FIEBRE POR 5 DÍAS CITA POR MEDICINA GENERAL

Nombre Medico: PARRA RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO
Registro: 722629
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre Medico: GUSTAVO ADOLFO PARRA RODRIGUEZ
Registro: 722629
Especialidad: PEDIATRIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
NOTA DE EVOLUCION ADICIONAL

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141372150 **N° FOLIO:** 8
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 3118040857
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: EPS CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD CONTRIBUTIVO **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A
AREA DE SERVICIO: **CENTRO ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE APERTURA FOLIO: 31/03/2021 7:07:18 p. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 31/03/2021 7:09:47 p. m.

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 4584872 **FECHA DE INGRESO:** 31/03/2021 12:00:01 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: laura calpa **DIRECCION RESPONSABLE:** CLL 49 SUR 95 A 63 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3118040857
CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11B05 - URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL

CONSULTA: False **Médico:** Documento
ASISTIDA:

SE ABRE FOLIO PARA INDICACION DE SALIDA
EDUCACION

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
RUTA MATERNO PERINATAL tableCell50
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA tableCell50
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA tableCell50
RUTA CANCER
RUTA SALUD MENTAL
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS tableCell50
CANALIZACION PIC

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida
Detalle Indicación: SIGNOS DE ALARMA SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS CONSULTAR POR URGENCIAS1. VOMITA TODO LO QUE COME2. NO RECIBE NADA DE ALIMENTOS3. PERSISTE CON FIEBRE MAS DE 3 DIAS4. PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR5 PRESENTA MAS DE 10 DEPOSICIONES DIARIAS6. CONVULSIONA

Nombre Medico: PARRA RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO
Registro: 722629
Especialidad: PEDIATRIA

Usuario: 52773141

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

DATOS DE FOLIO

N° FOLIO: 9 **FECHA DE APERTURA** 29/03/2023 12:46:35 p. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 29/03/2023 1:05:16 p. m.
FOLIO:

DATOS DEL PACIENTE

1141372150

Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 3118040857
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP CONTRIBUTIVO -CS-AS-001-2023 **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8473507 **FECHA DE INGRESO:** 29/03/2023 12:34:14 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: bj **DIRECCION RESPONSABLE:** ugbjhb **RELIGION** 1.CATOLICISMO
CENTRO DE ATENCIÓN: PA27 - USS CABAÑAS **ÁREA DE SERVICIO:** PA27A10 - MEDICINA GENERAL CABAÑAS
NOMBRE ACUDIENTE MADRE LAURA CALPA TEL. 3118040857 **TELEFONO ACUDIENTE** MADRE LAURA CALPA TEL. 3118040857 **RESPONSABLE** SI
NIVEL EDUCATIVO 1.PREESCOLAR **ETNIA** 6.NINGUNO DE LOS ANTERIORES **DISCAPACIDAD** NO **TIPO DISCAPACIDAD**
EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SI

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PREESCOLAR DE DOS AÑOS DE EDAD EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN ACUDE A CONTROL PARA SEGUIMIENTO. MADRE REFIERE VER AL MENOR BIEN, INDICA QUE HA GOZADO DE BUENAS CONDICIONES DE SALUD, ADECUADA ALIMENTACIÓN. NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA DIARREA, NIEGA INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL, NIEGA EMESIS, NIEGA ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, NIEGA CONVULSIONES O ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NIEGA ALTERACIONES DE LA PIEL, NIEGA CAMBIOS O ALTERACIONES EN LA MICCIÓN O LAS DEPOSICIONES, NIEGA OTRAS ALTERACIONES SISTÉMICAS.

HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID -19 NO

Ha estado hospitalizado en el ultimo año

Observacion:

ANTECEDENTES

Tipo: Médicos Fecha: 14/08/2020
Detalle: BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDIA
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 14/08/2020
Detalle: NIEGA
Tipo: Alérgicos Fecha: 14/08/2020
Detalle: NIEGA
Tipo: Médicos Fecha: 30/08/2020
Detalle: bronquiolitís
Tipo: Médicos Fecha: 04/12/2020
Detalle: BRONQUIOLITIS
Tipo: Alérgicos Fecha: 04/12/2020
Detalle: NIEGA
Tipo: Inmunológicos Fecha: 04/12/2020
Detalle: REFIERE VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET
Tipo: Médicos Fecha: 13/04/2023
Detalle: DESNUTRICION MODERADA
Tipo: Médicos Fecha: 18/04/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Alérgicos Fecha: 18/04/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Familiares Fecha: 18/04/2023
Detalle: NIEGA
Tipo: Inmunológicos Fecha: 18/04/2023
Detalle: ESQUEMA ATRAZADO FALTA TERMINAR 1 AÑO Y FALTAN 18 MESES



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

Tipo: Médicos Fecha: 19/04/2023
 Detalle: No refiere ningun cambio
 Tipo: Médicos Fecha: 19/04/2023
 Detalle: Sin cambios
 Tipo: Médicos Fecha: 13/05/2023
 Detalle: ANOTADOS
 Tipo: Médicos Fecha: 31/07/2023
 Detalle: ANOTADOS
 Tipo: Tóxicos Fecha: 14/08/2020 Ninguno
 Detalle: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DISNEA | <input type="checkbox"/> CONSUMO DE SODIO | <input type="checkbox"/> PARESTESIA |
| <input type="checkbox"/> PRECOLDIALGIA | <input type="checkbox"/> GRASAS(FRITOS,EMBUTIDOS) | <input type="checkbox"/> DISESTESIAS |
| <input type="checkbox"/> ORTOPNEA | <input type="checkbox"/> CONSUME AZUCAR | <input type="checkbox"/> PLENITUD POST - PRANDIAL |
| <input type="checkbox"/> PALPITACIONES | <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD FISICA | <input type="checkbox"/> DIARREA DE PREDOMINIO NOCTURNO |
| <input type="checkbox"/> CEFALIA | <input type="checkbox"/> TIEMPO EN LA ACTIVIDAD | <input type="checkbox"/> POLIURIA |
| <input type="checkbox"/> EPISTAXIS | <input type="checkbox"/> FRECUENCIA SEMANAL | <input type="checkbox"/> DISURIA |
| <input type="checkbox"/> EDEMASEDEMAS | <input type="checkbox"/> MAREOS | <input type="checkbox"/> POLIDIPSI |
| <input type="checkbox"/> CLASIFICACION DE MMII | <input type="checkbox"/> ANSIDAD | <input type="checkbox"/> POLIFAGIA |
| <input type="checkbox"/> DISFUNCION ERECTIL | <input type="checkbox"/> INSOMNIO | <input type="checkbox"/> ULCERAS HERIDAS Y/O CALLOCIDADES EN PIES |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIONES MOTORAS | <input type="checkbox"/> TINNITUS | <input type="checkbox"/> CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIONES DE LA VISION | | |

Otros:

SINTOMATICO RESPIRATORIO

Tos Mayor de 15 Dias
 Tos Seca

NO

Convive Con Tosedor
 Antecedentes de Baciloscopia Examen de BK

SINTOMATOCO DE PIEL

NO

Mancha Hipocromica
 Placas Eritematosas
 Área Hipoanestesica:
 Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

EXÁMEN FISICO

Temperatura 36,0000 Frecuencia Respiratoria 21,00 Frecuencia Cardíaca 102 Tensión Arterial 80 / 50 Tensión Arterial Media 60,00 Perimetro Cefalico GLASGOW: 15 /15
 PESO: 10,4000 TALLA: 89,0000 Indice de masa Corporal 13,13 Saturacion de Oxigeno Fraccion Inspirada de oxigeno CONDICIONES: BUENAS
 Escala del dolor numerica 0 Escala del dolor grafica 0

OBSERVACIONES

SISTEMA CABEZA Y CUELLO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORADOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NORMOCÉFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, NARINAS PERMEABLES, MUCOSA ORAL HÚMEDA, ESTRUCTURAS DENTOMAXILOFACIALES SIN LESIONES, OTOSCOPIA BILATERAL CON MT TRASLÚCIDA, CUELLO MÓVIL SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, NO ADENOMEGALIAS. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO DOLOR A LA PALPACIÓN COSTOCONDRA, NO RETRACCIONES COSTALES, RUIDOS CARDIACOS BIEN TIMBRADOS, RÍTMICOS Y SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO HIPERVENTILACIONES, NO CRÉPITOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALSIS PRESENTE, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS O MEGALIAS, PUÑO PERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, GENITALES NORMOCONFIGURADOS EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, SIN DEFORMIDADES ÓSEAS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, PULSOS SIMÉTRICOS PERFUSIÓN DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS PIEL SIN PALIDEZ MUCOCUTÁNEA, SIN LESIONES NEUROLÓGICO ALERTA, ORIENTADO, CONSCIENTE, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO FOCALIZACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS +++/++++, FUERZA CONSERVADA DE LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, MARCHA ADECUADA

OTORRINOLARINGOLÓGICO

APGAR FAMILIAR ADECUADO SIN RIESGO CUESTIONARIO VALE PARA LA AUDICIÓN ADECUADO PARA LA EDAD NEURODESARROLLO ACORDE A LA EDAD PC 48.5 PB 14 TALLA 89 PESO 10.4 IMC 13.13 P/T -2 RIESGO DNT T/E -1 Y- 2 RIESGO TALLA BAJA PC/E 0 NORMAL IMC/E NO APLICA P/E -2 DNT GLOBAL

CARDIO PULMONAR Y/O TORAX

GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN

OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES

GINECO Y/O URINARIO

TANNER I

PIEL Y FANERAS

NEUROLÓGICO

OBSERVACIONES

A LA VALORACIÓN FÍSICA SE ENCUENTRA EXAMEN FÍSICO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. NO SE EVIDENCIAN SEÑALES DE MALTRATO FÍSICO, SEXUAL O PSICOLÓGICO. HIGIENE ADECUADA

LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

ANÁLISIS

MARIA SALOME, SE TRATA DE UN PREESCOLAR DE DOS AÑOS DE EDAD, QUIEN AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, ALERTA, SIN SIGNOS DE SIRS, HIDRATADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SE EVIDENCIAN OTRAS ALTERACIONES SISTÉMICAS. QUIEN INGRESA EN COMPAÑÍA DE SU MAMA, SE ANALIZAN TABLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DONDE SE EVIDENCIA QUE SE ENCUENTRA EN PARÁMETROS DESCRITOS, SE DA CITA POR PEDIATRÍA Y NUTRICIÓN, VACUNACIÓN COMPLETA, DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL PARA LA EDAD, SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO Y ADECUADO DESARROLLO INTEGRAL (FÍSICO, COGNITIVO, SOCIAL). SIN EVIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y PSICOSOCIALES U OTROS SIGNOS DE PELIGRO. SE HACE EDUCACIÓN A LA MADRE EN PRÁCTICAS DE PUERICULTURA, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA IR A URGENCIAS Y SE DAN RECOMENDACIONES PARA EL HOGAR. SE DA ORDEN DE PYD Y ODONTOLOGÍA. SE EXPLICA A LA MADRE PLAN DE MANEJO QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

APGAR FAMILIAR ADECUADO SIN RIESGO
CUESTIONARIO VALE PARA LA AUDICIÓN ADECUADO PARA LA EDAD
NEURODESARROLLO ACORDE A LA EDAD
PC 48.5 PB 14 TALLA 89 PESO 10.4 IMC 13.13
P/T -2 RIESGO DNT
T/E -1 Y- 2 RIESGO TALLA BAJA
PC/E 0 NORMAL
IMC/E NO APLICA
P/E -2 DNT GLOBAL

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ÚLTIMO MES?	NO
VARÓN	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRASTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO		
PAREJA ESTABLE		
ENFERMEDAD SIMÁTICA		
PUNTUACION	0,0000	
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio	

False False False False

PACIENTE FUE ADHERENTE AL PLAN DE CUIDADOS DE LA CONSULTA ANTERIOR

PLAN DE MANEJO

VOM

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO NO

TIPO DE AISLAMIENTO

☐ Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

CUAL

SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO PBS (MIPRES)

NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

1.El paciente toma habitualmente medicamnetos en la casa

NO

2. Considera que requiere ajuste o modificación en la prescripción que viene tomando habitualmente de acuerdo a la valoración medica del estado del paciente, resultados de paraclínicos, etc?

PORQUE

3. Registre los medicamentos que requiere el paciente y los cambios considere pertinentes en los medicamentos que el paciente toma habitualmente?

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

OBSERVACIONES

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD NO

2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR NO

3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA NO

4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS NO

5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD NO

6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE NO

7. CONSUME LICOR O FUMA NO

8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS NO

CONDUCTA PROFESIONAL

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

SIGNOS DE PELIGRO (ACUDIR A URGENCIAS)

EL NIÑO RESPIRA RÁPIDA Y AGITADAMENTE; CUANDO RESPIRA SE QUEJA Y HACE RUIDOS, SE LE HUNDE EL ESTÓMAGO AL TOMAR AIRE. SI EL NIÑO HACE MUCHAS DIARREAS AL DÍA, SI HAY SANGRE EN LAS HECES, SI VOMITA VARIAS VECES, LLORA SIN LÁGRIMAS, BEBE CON MUCHA SED O NO ES CAPAZ DE BEBER, NO MAMA O NO QUIERE COMER, NO SE MUEVE NORMALMENTE Y NO SE DESPIERTA. EL NIÑO ESTÁ MUY CALIENTE, SE PONE ROJO, SUDA Y RESPIRA AGITADO. TIENE CUALQUIER TIPO DE SANGRADO: EN LA ORINA, EN LAS HECES, MANCHAS ROJAS, COMO MORETONES, SI EL NIÑO NO QUIERE MAMAR, NO SE QUIERE DESPERTAR, LE DAN "ATAQUES" O CONVULSIONES, VOMITA TODO LO QUE COME, RESPIRA AGITADO Y CON RUIDOS Y TIENE ALGUNA SEÑAL DE DESHIDRATACIÓN SE DEBE LLEVAR URGENTEMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESDE LOS 6 MESES DE EDAD, AFECTO, CARIÑO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA. SANEAMIENTO BÁSICO, NO ALMACENAR AGUAS, USO DE REPELENTE Y TOLDILLO PARA PREVENCIÓN DE MALARIA, DENGUE Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES. PROTEGERLOS DE PERSONAS QUE PADEZCAN TUBERCULOSIS. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR.

BUEN TRATO

MEJORAR PRÁCTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS QUE FORTALEZCAN LA UNIÓN, ALENTAR EN ACTIVIDADES ESCOLARES Y FOMENTAR EL DESARROLLO DE PRÁCTICAS SALUDABLES COMO REALIZAR DEPORTE O ALGÚN ARTE EN TIEMPOS LIBRES, DISCIPLINAR SIN VIOLENCIA, ESTABLECER REGLAS CLARAS, APLICAR SIEMPRE LAS MISMAS REGLAS, CUNADO COMETA UNA FALTA EXPLÍQUELE PORQUE LO QUE HIZO ESTÁ MAL, ESCUCHE LOS MOTIVOS DEL NIÑO ANTES DE REPRESENTARLO, NO CASTIGUE AL NIÑO DOS VECES POR LO MISMO, JAMÁS LE DIGA QUE ES TONTO NI BRUTO, EL CASTIGO FÍSICO, LA AMENAZAS Y LOS INSULTOS NO GENERAN RESPETO. HACER USO OPORTUNO DE LOS PROGRAMAS DE P Y P.

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SIGNOS DE PELIGRO (ACUDIR A URGENCIAS)

EL NIÑO RESPIRA RÁPIDA Y AGITADAMENTE; CUANDO RESPIRA SE QUEJA Y HACE RUIDOS, SE LE HUNDE EL ESTÓMAGO AL TOMAR AIRE. SI EL NIÑO HACE MUCHAS DIARREAS AL DÍA, SI HAY SANGRE EN LAS HECES, SI VOMITA VARIAS VECES, LLORA SIN LÁGRIMAS, BEBE CON MUCHA SED O NO ES CAPAZ DE BEBER, NO MAMA O NO QUIERE COMER, NO SE MUEVE NORMALMENTE Y NO SE DESPIERTA. EL NIÑO ESTÁ MUY CALIENTE, SE PONE ROJO, SUDA Y RESPIRA AGITADO. TIENE CUALQUIER TIPO DE SANGRADO: EN LA ORINA, EN LAS HECES, MANCHAS ROJAS, COMO MORETONES, SI EL NIÑO NO QUIERE MAMAR, NO SE QUIERE DESPERTAR, LE DAN "ATAQUES" O CONVULSIONES, VOMITA TODO LO QUE COME, RESPIRA AGITADO Y CON RUIDOS Y TIENE ALGUNA SEÑAL DE DESHIDRATACIÓN SE DEBE LLEVAR URGENTEMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESDE LOS 6 MESES DE EDAD, AFECTO, CARIÑO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA. SANEAMIENTO BÁSICO, NO ALMACENAR AGUAS, USO DE REPELENTE Y TOLDILLO PARA PREVENCIÓN DE MALARIA, DENGUE Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES. PROTEGERLOS DE PERSONAS QUE PADEZCAN TUBERCULOSIS. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR.

BUEN TRATO

MEJORAR PRÁCTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS QUE FORTALEZCAN LA UNIÓN, ALENTAR EN ACTIVIDADES ESCOLARES Y FOMENTAR EL DESARROLLO DE PRÁCTICAS SALUDABLES COMO REALIZAR DEPORTE O ALGÚN ARTE EN TIEMPOS LIBRES, DISCIPLINAR SIN VIOLENCIA, ESTABLECER REGLAS CLARAS, APLICAR SIEMPRE LAS MISMAS REGLAS, CUNADO COMETA UNA FALTA EXPLÍQUELE PORQUE LO QUE HIZO ESTÁ MAL, ESCUCHE LOS MOTIVOS DEL NIÑO ANTES DE REPRESENTARLO, NO CASTIGUE AL NIÑO DOS VECES POR LO MISMO, JAMÁS LE DIGA QUE ES TONTO NI BRUTO, EL CASTIGO FÍSICO, LA AMENAZAS Y LOS INSULTOS NO GENERAN RESPETO. HACER USO OPORTUNO DE LOS PROGRAMAS DE P Y P.

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES SI

DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.

DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA

DEMANDA INDUCIDA		
RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN SALUD ORAL
RUTA MATERNO PERINATAL	NO	
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA	NO	
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	NO	
RUTA CANCER	NO	
RUTA SALUD MENTAL	NO	
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS	NO	
CANALIZACION PIC	NO	

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

1. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
2. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
3. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

RIESGO CLINICO RELACIONADO CON DESICIONES MEDICAS

DIAGNOSTICOS

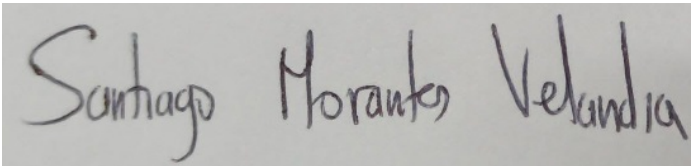
Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso	Dx Egreso
R688	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA (2A3 MESES - 6A8 MESES - 9A11 MESES -18A23 MESES - 30A35 MESES Y 4 AÑOS)	1	
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	1	
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	APGAR FAMILIAR ADECUADO SIN RIESGO CUESTIONARIO VALE PARA LA AUDICIÓN ADECUADO PARA LA EDAD NEURODESARROLLO ACORDE A LA EDAD PC 48.5 PB 14 TALLA 89 PESO 10.4 IMC 13.13 P/T -2 RIESGO DNT T/E -1 Y- 2 RIESGO TALLA BAJAPC/E 0 NORMAL IMC/E NO APLICAP/E -2 DNT GLOBAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	APGAR FAMILIAR ADECUADO SIN RIESGO CUESTIONARIO VALE PARA LA AUDICIÓN ADECUADO PARA LA EDAD NEURODESARROLLO ACORDE A LA EDAD PC 48.5 PB 14 TALLA 89 PESO 10.4 IMC 13.13 P/T -2 RIESGO DNT T/E -1 Y- 2 RIESGO TALLA BAJAPC/E 0 NORMAL IMC/E NO APLICAP/E -2 DNT GLOBAL

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación:	Salida_Conсульта_Externa
Detalle Indicación:	SIGNOS DE PELIGRO (ACUDIR A URGENCIAS) EL NIÑO RESPIRA RÁPIDA Y AGITADAMENTE; CUANDO RESPIRA SE QUEJA Y HACE RUIDOS, SE LE HUNDE EL ESTÓMAGO AL TOMAR AIRE. SI EL NIÑO HACE MUCHAS DIARREAS AL DÍA, SI HAY SANGRE EN LAS HECES, SI VOMITA VARIAS VECES, LLORA SIN LÁGRIMAS, BEBE CON MUCHA SED O NO ES CAPAZ DE BEBER, NO MAMA O NO QUIERE COMER, NO SE MUEVE NORMALMENTE Y NO SE DESPIERTA. EL NIÑO ESTÁ MUY CALIENTE, SE PONE ROJO, SUDA Y RESPIRA AGITADO. TIENE CUALQUIER TIPO DE SANGRADO: EN LA ORINA, EN LAS HECES, MANCHAS ROJAS, COMO MORETONES, SI EL NIÑO NO QUIERE MAMAR, NO SE QUIERE DESPERTAR, LE DAN "ATAQUES" O CONVULSIONES, VOMITA TODO LO QUE COME, RESPIRA AGITADO Y CON RUIDOS Y TIENE ALGUNA SEÑAL DE DESHIDRATACIÓN SE DEBE LLEVAR URGENTEMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. MEDIDAS ESPECÍFICAS ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESDE LOS 6 MESES DE EDAD, AFECTO, CARIÑO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA. SANEAMIENTO BÁSICO, NO ALMACENAR AGUAS, USO DE REPELENTE Y TOLDILLO PARA PREVENCIÓN DE MALARIA, DENGUE Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES. PROTEGERLOS DE PERSONAS QUE PADEZCAN TUBERCULOSIS. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR. BUEN TRATAMIENTO MEJORAR PRÁCTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS QUE FORTALEZCAN LA UNIÓN, ALENTAR EN ACTIVIDADES ESCOLARES Y FOMENTAR EL DESARROLLO DE PRÁCTICAS SALUDABLES COMO REALIZAR DEPORTE O ALGÚN ARTE EN TIEMPOS LIBRES, DISCIPLINAR SIN VIOLENCIA, ESTABLECER REGLAS CLARAS, APLICAR SIEMPRE LAS MISMAS REGLAS, CUANDO COMETA UNA FALTA EXPLÍQUELE PORQUE LO QUE HIZO ESTÁ MAL, ESCUCHE LOS MOTIVOS DEL NIÑO ANTES DE REPRENDERLO, NO CASTIGUE AL NIÑO DOS VECES POR LO MISMO, JAMÁS LE DIGA QUE ES TONTO NI BRUTO, EL CASTIGO FÍSICO, LA AMENAZAS Y LOS INSULTOS NO GENERAN RESPETO. HACER USO OPORTUNO DE LOS PROGRAMAS DE P Y P.



Profesional: MORANTES VELANDIA SANTIAGO
Cédula: 1015472399
Especialidad: MEDICINA GENERAL

SUBREDSO CONSULTA DE NUTRICION
NIÑOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023
Pagina 1/1

FECHA DE FOLIO: 11/04/2023 11:48:34 a. m. N° FOLIO:10

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141372150 Tipo_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1141372150 EDAD: 3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE: MARIA SALOME CASTRO CALPA FECHA DE NACIMIENTO: 12/06/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: BENEFICIARIO CATEGORIA A
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Contributivo
DIRECCION: CLL 49 SUR 95 A 63 TELEFONO: 3118040857 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8526961 FECHA DE INGRESO: 11/04/2023 11:15:16 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE: K DIRECCION RESPONSABLE: HN TELEFONO RESPONSABLE: 8

☒ CONTROL ☒ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Nivel Educativo 1.PREESCOLAR

Etnia

6.NINGUNO DE
LOS
ANTERIORES

Discapacidad:

Responsable del paciente: LAURA NATALY CALPA

Responsable SI

Tel: 311840857

Ocupación Escolarizado
del paciente

Orientacion Sexual

Religion: 10.NINGUNA

Núcleo familiar : CON LA MAMA , ABUELOS , HERMANA

Procedencia :

ENFERMERDAD ACTUAL : PACIENTE DE 2AÑOS Y 9 MESES DE EDAD LA MADRE REFIERE SER REMITIDA POR PRIMERA VEZ A NUTRICION POR MEDICINA

MOTIVO DE CONSULTA: GENERAL POR RIESGO ADESNUTRICION

NACIO A LAS 40 SEMANAS DE GESTACION CON UN PESO DE 2855, TALLA 52 CM

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO REFIERE
Quirúrgicos: NO REFIERE
Traumatológicos: NO REFIERE
Hospitalizaciones: NO REFIERE
Transfusionales: NO REFIERE
Farmacológicos: NO REFIERE
Tóxicos: NO REFIERE
Alérgicos: RINITIS
Ginecológicos: NO REFIERE
Familiares: NO REFIERE

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO ACTUAL: 10,70 kg PESO IDEAL: 12,0 Kg TALLA ACTUAL: 88,00 m TALLA IDEAL: 93,0 m
000 000
Indice de Masa Corporal Actual: 13,82 Indice de Masa Corporal Ideal: 0,0000 Perimetro Cefalico Actual 47,00 Cm Perimetro Cefalico Ideal 47,00

INDICACIONES ANTROPOMETRICAS:

PESO/EDAD: -1.86 CLASIFICACION: Riesgo de peso bajo para la edad TALLA/EDAD: Riesgo de baja talla CLASIFICACION: Riesgo de baja talla
PESO/TALLA: -1.46 CLASIFICACION: Riesgo de peso bajo para la talla Perimetro Cefalico/Edad: -0.94 Indice de Masa Corporal/Edad -1.35

INTERPRETACION NUTRICIONAL:

PACIENTE DE 2 AÑOS Y 9 MESES DE EDAD CON RIESGO DE BAJO PESO PARA LA TALLA ACTUAL Y RIESGO DE BAJA TALLA PARA LA EDAD , PESO 10.7 KG , TALLA 88 CM , PC 47.PB 13 CM , SE PRESCRIBE DEITA HIPERPROTEICA , HIPERCALORICA ,

PARACLINICOS: Hemoglobina 0,0000 gr. Hematocrito 0,0000 % Nitrogeno Ureico 0,0000 GLICEMIA: 0,0000 GLICEMIA POST: 0,0000
Colesterol Total 0,0000 Colesterol de Alta Densidad 0,0000 Colesterol de Baja Densidad 0,0000 TRIGLICÉRIDOS: 0,0000
proteinas Totales 0,0000 Albumina 0,0000 Hormona estimulante de la Tiroides 0,0000 Triyodotironina 0,0000 Tiroxina 0,0000
Creatinina: 0,0000 Tiroxina libre: 0,0000 Transferrina : 0,0000

LACTANCIA MATERNA: Recibió leche materna: SI 15 Recibe leche materna: EXCLUSIVA (Meses): 0,00 COMPLEMENTARIA (Meses): 0,00

Profesional: MORENO CARDENAS HORTENSIA
Cédula: 51750833
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

MESE
S

Causa del destete :

**PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA:
EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA:**

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN :

¿Dónde come? CasaY JARDIN Apetito : Regular Deglución : Normal Masticación : BIEN Ingesta : Despacio
Alergia alimentaria : NO ¿Cual? :
Intolerancia Alimentaria : NO ¿Cual? :
Complementos y/o suplementos: NO ¿Cual? : Frecuencia :

ANAMNESIS ALIMENTARIA:

ALIMENTOS RECHAZADOS:

NINGUNO

HABITO INTESTINAL:

NORMAL

RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:

DESAYUNO: CEREALCON YOGURT ,HUUEVO FRITO CAFE EN LECHE GALLETAS
NUEVES: YOGURT Y GALLETAS ,FRUTA
ALMUERZO: PASTA CON CARNE , AREPA ,JUGO DE MANGO
ONCES: AREPA ,AGUA DE PANELA
COMIDA: SIMILAR ALALMUERZO

ALIMENTOS PREFERIDOS:

TODOS

FRECUENCIA DE CONSUMOS:

FRECUENCIA DE CONSUMO	DIARIO	2-3 V/SEM	4-6 V/SEM	OCASIONAL	NUNCA
		[HCCL04N04]			

PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

DIETA HIPERPROTEICA , HIPERCALORICA

PLAN :

DIETA HIPERPROTEICA , HIPERCALORICA

CONTROL :

3 MESES

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL :

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA	Presuntivo	True

Observaciones:

DEMANDA INDUCIDA

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

Profesional: MORENO CARDENAS HORTENSIA
Cédula: 51750833
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1141372150 Tipo_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1141372150 **EDAD:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE: MARIA SALOME CASTRO CALPA **FECHA DE NACIMIENTO:** 12/06/2020 12:00:00 a. m. **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** BENEFICIARIO CATEGORIA A
ENTIDAD: CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Contributivo
DIRECCION: CLL 49 SUR 95 A 63 **TELEFONO:** 3118040857 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8529762 **FECHA DE INGRESO:** 11/04/2023 3:16:30 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra
RESPONSABLE: p **DIRECCION RESPONSABLE:** p **TELEFONO RESPONSABLE:** 0

MOTIVO DE CONSULTA ☐ CONTROL
ACUDIENTE LA MADRE " ESTA BAJA DE PESO "

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE QUIEN CONSULTA POR BAJO PESO Y TALLA DICE QUE LA NIÑA NO COME BIEN ES INERMITENTE HOY LA VIO NUTRICION LE DIO UNAS PAUAS DE ALIMENTACIÓN . DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL TIENE TOS OCASIONAL NIEGA PICOS FEBRILES SOLO RINORREA PHACE 8 DIAS AL INICO FIEBRE POR DOS DIAS VACUNAS PENDIENTE DE LOS 18 MESES NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO DE COVID 19

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: bronquiolitis a los 1.5 meses
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
TRANSFUSIONALES: NO REFIERE
HOSPITALARIOS: homi POR BRONQUIOLITIS AGUDA
TRAUMATICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
TÓXICOS: NO REFIERE
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
FAMILIARES: NO REFIERE
PERINATALES: NO REFIERE

Desarrollo psicomotor: ACORDE A EDA D

PATOLOGIAS
PERINATELES:

CUADRO DE VACUNAS:

vacuna	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	1 Ref.	2 Ref.
BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN	<input checked="" type="checkbox"/>				
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antihepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y LA PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>				
Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/>				

PARTO: ☒ Vaginal ☐ Césarea **Peso al Nacer:** 2800 **Talla al Nacer:** 52
APGAR: ☐ Edad Gestacional: ☒ Noción de contagio Tuberculosis ☒ Patología perinatal

Cuál:

DESARROLLO PSICOMOTOR

Lenguaje (meses): **Camino (meses):** **Sedestación (meses):** **Sosten cefálico (meses):**
Escolaridad: ☐ Trae carné ☐ Pentavalente ☐ Virus influenza ☐ Hepatitis A
☐ Triple viral ☐ neumococo ☐ Varicela ☐ Rotavirus ☐ Otras
Cuáles: Ninguna

ALIMENTACIÓN: **Lactancia materna:** **Exclusiva (meses):** **Riesgo nutricional:** Desnutrición Aguda Moderada
Lactancia Complementaria (meses):

Alimentación actual: DIETA COMPLETA APETITO IRREGULAR
Familiograma: VIVE CON MADRE HERMANA Y TIA Y ABUELOS

REVISION POR SISTEMAS

Organos de los Sentidos NO REFIERE **Cardiopulmanar** NO REFIERE
GastroIntestinal NO REFIERE **Musculo Esqueletico** NO REFIERE
Genito Urinario NO REFIERE **Neurologico** NO REFIERE
Piel Faneras NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Shirley U. Riaño

Profesional: RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA
Cédula: 28559832
Especialidad: PEDIATRIA

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023
42/76

FECHA DE FOLIO: 11/04/2023 4:22:31 p. m. N° FOLIO: 11

Peso (gr): 10,60 Talla (cm): 90,00 Perimetro Cefálico (cm): 47 Perímetro Torácico (cm): Temperatura: 36.5 Tensión Arterial: NO EQUIPO
Frecuencia Respiratoria: 20 Frecuencia Cardiaca: 110 Riesgo Nutricional: Desnutrición Aguda Moderada Escala del Dolor: 0,0000

ESTADO GENERAL:

Examen físico:

Estado general:

BUEN ESTADP GEMNERAL
ESCALA DE DOPLOR CERO
NO SINTOMATICO DE PUIEL
PERIMETRO BRAQUIAL 14 CM

Examen Físico:

Cabeza Normal, fontanelas normles no malformaciones craneana
paladar normal

Pjos. fundoscopias normalees
otoscopias normales
nariz . normal
Cuello no adenomegalias
Torax. Corazon: no soplos , no arritmias
pulmonar ruidos pulmonares normales
Abdp,e No se palpana masa o vioceromegalias
no hernias
Genitales externos: femeninos
mienbros normales

Paraclínicos

NO TRAE

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	14/08/2020	BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDI

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

Observaciones:

Tipo	Principal
Presuntivo	True

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

Shirley V. Riaño

Profesional: RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA
Cédula: 28559832
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 11/04/2023 4:22:31 p. m. N° FOLIO: 11

ANALISIS

PACIENTE PREESCOLA CON DESNUTRICION AGUDA MODERADA
PESO/TALLA -2.05DS TALLA/EDAD -0.97DS NORMAL PC/EDAD -0.94 DS
NORMAL SE IDINCA PRUEBA DE APETITO
SE EXPLICA A LA MADRE
ADEMAS SE DIRECCIONA A VACUNACION , SE EXPLICA IMPORTANCIA
DE LOS CONTROLES prueba de apetito positiva se envia plumpynut
SE NOTIFIC POR DESNUTRICION AGUDA MODERADA, SE HACE
PRUEBA DE APETITO
ACIDO FOLICO, ALBENDAZOL
NEURODESARROLLO ACORDE A EDAD, SIGNOS VITALES NORMALES
NO ASPECTO TOXICO NI SIGNOS DE PELIGRO AIEPI
PUERICULTURA: PAUTAS DE CRIANZA, NUTRICION;(DIETA
BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS CON ABUNDANTE
AGUA, EVITANDO CONSUMO DE PAQUETES GASEOSAS Y
DULCES EN EXCESO) , RECOMIENDO ACTIVIDAD FISICA AL AIRE
LIBRE, MINIMO 3 VECES POR SEMANA, DISMINUIR USO DE
PANTALLAS EVITANDOLAS AL MAXIMO, HORAS DE SUEÑO 8-10
HORAS DIA, CUIDADO DE POSTURA, RECOMENDACIONES HIGIENE (
BAÑO DIARIO APESAR DE TENER CUADRO GRIPAL), CUIDADOS DE
PIEL (HIDRATACION CON PRODUCTOS NEUTROS A DIARIO MAS
PROTECTOR SOLAR 2-3 VECES A DIA) EN CASO DE GRIPA EN
CASA USO DE TAPABOCAS Y BUEN LAVADO DE MANOS, SE DA
INFORMACION SOBRE VACUNAS DEL PAI, SE RECOMIENDAN ADEMAS
VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL PAI (MENINGOCOCO, HEPATITIS A
2DA DOSIS, VARICELA , INFLUENZA ESTACIONAL) .

SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES IR POR URGENCIAS : SE USAN
EPP COMPLETOS , LAVADO DE MANOS ANTES Y LUEGO DE REVISAR
EL PACIENTE
DIFICULTAD RESPIRATORIA (HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS,
RESPIRACIÓN RAPIDA, COLOR MORADO EN LA PIEL), VOMITO DE
TODO LO QUE COME, DIARREA PROFUSA O CON SANGRE ,
CONVULSIONES, PERDIDA DEL SENTIDO, DOLOR ABDOMINAL
INTENSO CONTINUO, O ALGUNA DUDA .
RECOMENDACIONES EN VACUNAS POS Y NO POS, PAUTAS DE
CRIANZA, PREVENCION DE ACCIDENTES Y ASISTENCIA A PROGRAMA
DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. HIGIENIZACION DE MANOS Y
AISLAMIENTO PREVENTIVO, DISTANCIAMIENTO SOCIAL .

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YALE

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YIOS

ESCALA DE WESTLEY

ESCALA WOOD-DOWNES MODIFICADA FERRES(BRONQUIOLITIS)

Shirley V. Riaño

Profesional: RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA
Cédula: 28559832
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

ESCALA DE WOOD DOWNES MODIFICADA

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

PLAN DE MANEJO

RIESGO SOCIAL

RIESGO POR DESNTRICION AGUA MODERDA

PACIENTE PREESCOLA CON DESNUTRICION AGUDA MODERADA
PÉSO/TALLA -2.05DS TALLA/EDAD -0.97DS NORMAL PC/EDAD -0.94 DS
NORMAL SE IDINCA PRUEBA DE APETITO
SE EXPLICA A LA MADRE
ADEMAS SE DIRECCONA A VACUNACION , SE EXPLICA IMPORTANCIA
DE LOS CONTROLES
SE NOTIFIC POR DESNUTRICION AGUDA MODERADA, SE HACE
PRUEBA DE APETITO
ACIDO FOLICO, ALBENDAZOL
NO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

☐ Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

NO

CUAL

SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO POS (MIPRES)

NO

NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?

NO

CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?

POR QUE

REGISTRE LOS CAMBIOS CONSIDERE PERTINENTES EN LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE

Shirley V. Riaño

Profesional: RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA
Cédula: 28559832
Especialidad: PEDIATRIA

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

NO

OBSERVACIONES

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	NO
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

- | | |
|--|----|
| 1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD | SI |
| 2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR | SI |
| 3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | SI |
| 4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS | SI |
| 5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD | SI |
| 6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE | SI |
| 7. CONSUME LICOR O FUMA | NO |
| 8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS | SI |

CONDUCTA PROFESIONAL

Shirley V. Riaño

Profesional: RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA
Cédula: 28559832
Especialidad: PEDIATRIA

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

NEURODESARROLLO ACORDE A EDAD, SIGNOS VITALES NORMALES NO ASPECTO TOXICO NI SIGNOS DE PELIGRO AIEPI
PUERICULTURA: PAUTAS DE CRIANZA, NUTRICION; (DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS CON ABUNDANTE AGUA, EVITANDO CONSUMO DE PAQUETES GASEOSAS Y DULCES EN EXCESO) , RECOMIENDO ACTIVIDAD FISICA AL AIRE LIBRE, MINIMO 3 VECES POR SEMANA, DISMINUIR USO DE PANTALLAS EVITANDOLAS AL MAXIMO, HORAS DE SUEÑO 8-10 HORAS DIA, CUIDADO DE POSTURA, RECOMENDACIONES HIGIENE (BAÑO DIARIO APESAR DE TENER CUADRO GRIPAL), CUIDADOS DE PIEL (HIDRATACION CON PRODUCTOS NEUTROS A DIARIO MAS PROTECTOR SOLAR 2-3 VECES A DIA) EN CASO DE GRIPA EN CASA USO DE TAPABOCAS Y BUEN LAVADO DE MANOS, SE DA INFORMACION SOBRE VACUNAS DEL PAI, SE RECOMIENDAN ADEMAS VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL PAI (MENINGOCOCO, HEPATITIS A 2DA DOSIS, VARICELA , INFLUENZA ESTACIONAL) .

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES IR POR URGENCIAS : SE USAN EPP COMPLETOS , LAVADO DE MANOS ANTES Y LUEGO DE REVISAR EL PACIENTE DIFICULTAD RESPIRATORIA (HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS, RESPIRACIÓN RAPIDA, COLOR MORADO EN LA PIEL), VOMITO DE TODO LO QUE COME, DIARREA PROFUSA O CON SANGRE , CONVULSIONES, PERDIDA DEL SENTIDO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO CONTINUO, O ALGUNA DUDA .
RECOMENDACIONES EN VACUNAS POS Y NO POS, PAUTAS DE CRIANZA, PREVENCION DE ACCIDENTES Y ASISTENCIA A PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. HIGIENIZACION DE MANOS Y AISLAMIENTO PREVENTIVO, DISTANCIAMIENTO SOCIAL .

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

SI

DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.

DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA

DEMANDA INDUCIDA

CRECIMIENTO Y DESARROLLO
VACUNACIÓN
SALUD ORAL

Shirley V. Riaño

Profesional: RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA
Cédula: 28559832
Especialidad: PEDIATRIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO A PROGRAMAS

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141372150
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 Edad Actual:
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 13/04/2023 5:52:03 p. m. N° FOLIO: 12
Identificación: 1141372150 Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3118040857
Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8529762
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica
RESPONSABLE: p
CENTRO DE ATENCIÓN: FO08 - USS 51 ZONA FRANCA
FECHA DE INGRESO: 11/04/2023 3:16:30 p. m.
CAUSA EXTERNA: Otra
DIRECCION RESPONSABLE: p
ÁREA DE SERVICIO: FO08A38 - ENFERMERIA PYD 51 ZONA FRANCA
TELEFONO RESPONSABLE: 0

SEGUIMIENTO A PROGRAMAS

TIPO DE SEGUIMIENTO	TELEFONICO	PROGRAMA	DETECCION ALTERACIONES - NIÑO		
MOTIVO DEL SEGUIMIENTO GESTANTE		OTRO			
SE CONTACTA USUARIO (A)	SI	NOMBRE PERSONA QUE RESPONDE		PARENTEZCO	

SEGUIMINETO REGULACION FECUNDIDAD

MOTIVO DE EGRESO REGULACION FECUNDIDAD

Medico de crónicos	Fecha	Médico internista	Fecha
Medico familiar	Fecha	Psicología	Fecha
Vacunación	Fecha	Laboratorios	Fecha

DOSIS MATERNA	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

DOSIS PAREJA	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

DOSIS DEL PACIENTE	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

DOSIS DE LA PAREJA PRIMERA	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

MOTIVOS DEL EGRESO

SE CONTACTA USUARIO (A)	SI	NOMBRE PERSONA QUE RESPONDE		PARENTEZCO	
-------------------------	----	-----------------------------	--	------------	--

HALLAZGOS RELEVANTES DEL SEGUIMIENTO

SE REALIZA SEGUIMIENTO A MENOR NOTIFICADA CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA PARA ASIGANAR CITASDE CONTROL, LAS CUALES QUEDAN ASIGNADAS NUTRICION PARA EL 20 ABROL CON DRA HORTENSIA MORENO Y MEDICINA GENERAL PARA EL 21 ABRIL CON DRA VANESSA RODRIGUEZ EN CAPS ZONA FRANCA

GESTION FRENTE A HALLAZGOS

ASIGNACIOIN DE CITAS

ASIGNACION DE CITAS	SI	TIPO DE CITA	NUTRICION	ESPECIALIDAD	NUTRICION
---------------------	----	--------------	-----------	--------------	-----------

COMPROMISOS DEL USUARIO FRENTE A SEGUIMIENTO

CUMPLIR CON CITAS ASIGNADAS

SEGUIMIENTO EFECTIVO	SI	AREA RESPONSABLE DEL SUGUIIMIENTO	PROMOCION Y DETECCION		
OTROS					

EDUCACION

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MAS DE TRES VECES A LA SEMANA POR PERIODOS DE MÁS DE 30 MINUTOS.	
RECONOCE DEBERES Y DERECHOS	

DERECHOS

3. CONOCER LOS ESCENARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CÓMO ACCEDER A LOS MECANISMOS DE ESCUCHA.

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

RUTA MATERNO PERINATAL

RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

RUTA CANCER

RUTA SALUD MENTAL

RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS

tableCell46

CANALIZACION PIC

yadiry mendez

Profesional:	MEÑEZ PATERNINA YADIRY
Cédula:	1016061116
Especialidad	AUXILIAR ENFERMERIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA DE PRIMERA INFANCIA E INFANCIA (0 MESES A 11 AÑOS)

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141372150 **FECHA DE FOLIO:** 18/04/2023 3:13:46 p. m. **N° FOLIO:** 13
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA **Identificación:** 1141372150 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 **Edad Actual:** 3 Años / 2 Meses / 26 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63 **Teléfono:** 3118040857
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD -PYD CONTRIBUTIVO -CS-AS-005-2023 **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8573620 **FECHA DE INGRESO:** 18/04/2023 1:45:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra

RESPONSABLE: MARIA SALOME CASTRO CALPA **DIRECCION RESPONSABLE:** BOSA **TELEFONO RESPONSABLE:** 2
CENTRO DE ATENCIÓN: PA27 - USS CABAÑAS **ÁREA DE SERVICIO:** PA27A38 - ENFERMERIA PYD CABAÑAS

DATOS DEL PACIENTE									
TIPO DE CONSULTA									
MOTIVO DE CONSULTA									
"consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia" MENOR DE 2 AÑOS 10 MESES TRAI DO AL CONSULTA POR MAMA QUIEN NIEGA EN EL MENOR, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIARREA, FIEBRE, PROBLEMAS EN EL OIDO NI EN LA GARGANTA. ACOMPAÑANTE REFIERE QUE SOLO LA TRAJO UNA VEZ A CONTROL POR QUE NI SO TRABAJA NO COMEN " HOSPITALIZACIONES ULTIMO MES MENOR LLEVADA A URGENCIAS POR DENUTRICION EL 11/04/2023 NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS O SOSPECHOSAS PARA COVID 19.									
TRAER LABORATORIOS	NO APLICA	FECHA		HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA				
RADIOGRAFIA DE CADERA	NO APLICA	FECHA		OBSERVACIONES					
MICRONUTRIENTES:	NO APLICA	VITAMINA A:		SULFATO FERROSO:					
ANTIPARACITARIO	SE VERIFICAN RECOMENDACIONES BRINDADAS EN EL CONTROL ANTERIOR								NO
ASISTIO A	OBSERVACIONES								
ANTECEDENTES PERINATALES									
PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL	AUDITIVO	<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> auditivo	PESO AL NACER			TALLA AL NACER		
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS	NO	CONTROL PRENATAL	NO	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	NO	PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA NO			
ANOMALIA CONGENITA MUTIPLE O MAYOR	NO	HOSPITALIZACION NEONATAL >7 DIAS	NO	EN UCI	NO	MAS DE 30 DIAS	NO		
OBSERVACIONES									
ANTECEDENTES PERSONALES									
MEDICOS	NO	OTITIS A REPETICION	NO	CONGENITAS	NO	HOSPITALARIOS	NO		
QUIRURGICOS	NO	FARMACOLOGICOS	NO	TOXICOS:	NO	ALERGICOS	NO		
TRANSFUSIONALES				NO					
DISCAPACIDAD	NO	TIPO DE DISCAPACIDAD				CUAL			
OBSERVACIONES									
ANTECEDENTES FAMILIARES									
TUBERCULOSIS	NO	PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL			NO	QUIEN			
TRASTORNO MENTAL	NO	TRASTORNO MENTAL DE LOS PADRES		NO	MUERTE DE HERMANOS	NO	CONDUCTA SUICIDA	NO	
CONSUMO DE ALCOHOL, SUSTANCIAS SICOACTIVAS, CIGARRILLO				NO	VICTIMA DE VIOLENCIA		NO		
OBSERVACIONES									
LACTANCIA									
MENOR DE SEIS MESES:		RECIBE LECHE MATERNA:		VERIFIQUE LA TECNICA DE LACTANCIA , CORRECTA					
EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE				CONOCE LA TECNICA EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE					
ADECUADA ALIMENTACION DE LA MADRE				DETALLE					
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE,SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:									
CANTIDAD EN ONZAS	0,0000	FRECUENCIA AL DIA		0,0000	LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES:	0,0000	TECNICA ADECUADA DE PREPARACION		

CONOCE LA FORMA DE INICIAR LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	INQUIETUDES ACERCA DE LA LACTANCIA COMPLEMENTARIA	Fecha Impresión : viernes, 08 septiembre 2023	Pagina 2/6
CON QUÉ ALIMENTOS INICIÓ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			

ALIMENTACION			
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO:		SI ES MAYOR DE UN AÑO YA CONSUME LA DIETA FAMILIAR	
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.			
SOLIDA NORMAL			
APETITO	NORMAL	DETALLE	DEYUNO ALMUERZO CENA MERIENDAS
PROBLEMA EN EL HABITO ALIMENTARIO:		DEYUNO ALMUERZO CENA MERIENDAS	
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE,SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:			
ANÁLISIS HABITOS ALIMENTARIOS		VERDURAS,	

HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA							
EL NIÑO DUERME SOLO	NO	CON QUIEN DUERME	MAMA Y PAPA	HORAS DE SUEÑO AL DIA	1,0000	HIGIENE BAÑO DIARIO	SI
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO						SI	CUALES:
ESTABLECIMIENTO DE LIMITES Y NORMAS		SI	ACUDE AL JARDIN O AL COLEGIO		SI	FOTO PROTECCION ADECUADA:	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO				FORMA DE DISCIPLINAR			
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR		NO	DETALL E:	ESCOLARIZADO		NO	CURSO ACTUAL
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE		NO	PERTENENCIA A PANDILLAS		NO	DETALLE:	
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO		NO	MATONEO	NO	PROBLEMAS EN SOCIALIZACION		
COMUNICACION EFECTIVA		NO	IMAGEN CORPORAL CONFORME		LESIONES AUTOINFLINGIDAS		
IDEACION SUICIDA		NO	INTENTOS SUICIDAS				
OBSERVACIONES:							
MENOR PERNACE EN JARDIN DE 7AM-4PM							

CONTEXTO SOCIAL								
PERTENECIA A ETNIA:	NO	ES EL NIÑO VICTIMA DE MALTRATO	NO	MALTRATO	CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE EL CUIDADO DEL NIÑO			NO
<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> HERMANOS	Otros	2,0000	Quienes	ABUELOS		

HERMANOS VIVOS:	1	MENORES DE 5 AÑOS:		RELACIONES FAMILIARES ARMONICAS	SI
CONSUMO DE PSICOACTIVOS O FARMACODEPENDENCIA EN PADRES O CUIDADORES:			NO	POBREZA EXTREMA O EN SITUACION DE CALLE	NO
ALGUIEN CON PROBLEMAS DE SALUD:			NO	NACINAMIENTO:	NO
CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:			NO	TIENE REDES DE APOYO FAMILIARES Y COMUNITARIAS	
OBSERVACIONES:					
VIVEN EN CASA FAMILIAR, CUNTA CON SERVIICOS PUBLICOS, MADRE REFIERE LA MENOR ES CUIDAD ANE EL JARADIN					

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION											
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES	60	
TUBERCULOSIS (BCG)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								VACUNAS PENDIENTES		
HEPATITIS B (HB)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								PENDIENTERMINAR ESQUEMA DE AÑO 18 MESES SE REMITE DE INMEDIATO A VACUNACION		
POLIO ORAL (VOP)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	OBSERVACIONES		
POLIO INYECTABLE (VIP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2			
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3							
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)							<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2			
ROTAVIRUS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2								
NEUMOCOCO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2			<input checked="" type="checkbox"/> R1					
INFLUENZA				<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> RA					
HEPATITIS A						<input checked="" type="checkbox"/> 1					
SARAMPION RUBEOLA PAPERAS (SRP):						<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> R1			
FIEBRE AMARILLA:						<input checked="" type="checkbox"/> 1					
VARICELA:						<input type="checkbox"/> 1					
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								

SIGNOS VITALEES												
FC	89	FR	21	TA	90,0000	60,0000	TAM:		SAT. O2: %		PERIMETRO CEFALICO (Cm)	49
TEMP	35	TALLA	88	PESO ACTUAL (Kg)	11	IndiceMasaCorp:		14	PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)	16		

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALA, OTOSCOPIA BILATERAL ADECUADA, CUELLO: NORMAL SIN ADENOPATIAS CERVICALES.

VALORACION VISUAL**PUPILAR NOMOREACTIVAS SIN ALTERACIONES, MOVIMIENTOS OCULARES CONJUGADOS.****EXAMEN EXTERNO****Otorrinonaringológico**

MUCOSA ORAL HIDRATADA SIN LESIONES, HIGIENE ORAL ADECUADA, PALADAR ADECUADO SIN SECRECIONES NASAL.

Cardio Pulmonar o Torax:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREAAGRADOS PULMONARES EN EL MOMENTO DEL EXAMEN.

Gastrointestinal y/o abdomen:

BLANDO DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS ABDOMINALES NORMALES.

Extremidades y/o osteomuscular:

NORMALES, SIN ALTERACIÓN, NO EDEMA

Ginecológico y/o urinario:

NORMAL, ACOMPAÑANTE REFIERE MICCION Y HECES NORMALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS. MENOR CON CONGESTION INTESINAL

ESTADIO TANNER

I

PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL NO

Piel y faneras:

NORMALINTEGRA SIN LESIONES, SIN SIGNOS DE MALTRATO

Neurológico

: SIN DÉFICIT AL MOMENTO DE LA CONSULTA.

CUESTIONARIO VALE**CALIFICACION** Finalizada totalice las respuestas negativas y registre las a acontinuacion**RANGO DE EDAD****CONDICIONES ESTRUCTURALES****ITEMS**

NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS

Comprensión (C)

Expresión (E)

Interacción (I)

Vestibular (V)

TOTAL

CALIFICACION Finalizada: PASA?:

FALLA?:

ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (0 A 7 AÑOS)

MOTRICIDAD GRUESA		MOTRICIDAD FINA		AUDICION LENGUAJE		PERSONAL SOCIAL	
PUNTUACION DIRECTA	23	PUNTUACION DIRECTA	23	PUNTUACION DERECHA	23	PUNTUACION DIRECTA	23
	VERDE		VERDE		VERDE		ROJO

VERDE (DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD). AMARILLO (RIESGO DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO). ROJO (SOSPECHA DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO).

APGAR FAMILIAR

Puntuacion:	0,0000	INTERPRETACION APGAR FAMILIAR	Disfunción familiar severa
--------------------	--------	--------------------------------------	----------------------------

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**ANALISIS**

MENOR DE 2 AÑOS 10 MESES TRAIDO AL CONSULTA POR MAMA QUIEN NIEGA EN EL MENOR, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIARREA, FIEBRE, PROBLEMAS EN EL OIDO NI EN LA GARGANTA. ACOMPAÑANTE REFIERE QUE SOLO LA TRAJÓ UNA VEZ A CONTROL POR QUE NI SO TRABAJA NO COMEN " HOSPITALIZACIONES ULTIMO MES MENOR LLEVADA A URGENCIAS POR DENUTRICION EL 11/04/2023

NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS O CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS O SOSPECHOSAS PARA COVID 19.

MADRE CON MALA ACTITUD FENTE CUANDO SE INDAGA EL MOTIVO DE POR QUE NO TRAE MENOR A CONSTROLES Y LA VULNERACION DE DERECHOS DE SALUD A LA MENOR, REFIERE" QUE SI NO TRABAJA Y TRAE A CITAS NO COME LAS NIÑAS".

A LA VALORACIÓN CEFALOCAUDAL SE ENCUENTRA: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA. SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS VALORES NORMALES, CRECIMINETOCON: PESO BAJA PARA LA EDAD Y TALLA BAJA PARA LA EDAD, ESCALA EN (-2 A 0) ESTADO NUTRICIONAL _ RIESGO DE DENUTRICION AGUDA MODERADA, CON UN SCORE Z DE __, SE DILIGENCIAN CURVAS DE RESOLUCION, SE VERIFICA ESQUEMA DE VACUNACION ATRAZADO FALTAN VACUNAS DE 18 MESES Y TERMINAR ESQUEMA DE AÑO, HOY SIN SIGNOS GENERALES DE PELIGR, NO SE EVIDENSIO SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL FISICO, SEXUAL O PISCOLOGICO, HIGIENE ADECUADA. NO SE EVIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y PSICOSOCIALES, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE ALARMA EN EL MENOR DURENTE EL PROCESO DE VALORACION.

DESARROLLO SEGUN ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO: LENGUAJE, MOTRICIDAD, PERSONAL SOCIAL ADECUADOS PARA LA EDAD DE ACUERDO A ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO SEGÚN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS,

APGAR FAMILIAR CON DISFUNCION SIN RIESGO PSICOSOCIAL. ACOMPAÑANTE DEL MENOR AFIRMA ENTENDER LAS RECOMENDACIONES DADAS DURANTE LA CONSULTA, SE HACE NOTRIFICACION POR NEGLIGENCIA.SIVIM SE DAN RECOMENDACION ES SOBRE LA CONSULTA SINGOS DE ALARMA. TIEN CONTROL DE NUTRICION EL DIA JUEVES

SE EXPLICA ESTADO NUTRICIONAL AL ACOMPAÑANTE CON CARNET DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PROXIMO CONTROL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (12 A 18MESES - 24 A 29 MESES - 3 Y 5 AÑOS)

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

RIESGO DE CAIDA
 RIESGO DE ACCIDENTES
 RIESGO DE IRA
 RIESGO DE EDA
 RIESGO DE ASFIXIA MECANICA
 RIESGO DE ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO
 RIESGO DE ALRTERACIONES NUTRICIONALES
 RIEGSO DE INFECCIONES

PLAN DE MANEJO

SALIDA CON SULFATO FERROSO, VITAMINA A. EL ALBENDAZOL YA FUE SUMINISTRADO HACE 3 DIAS
 SE CITA A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO A LOS 36 MESES DE EDAD CUMPLIDO SEGÚN RESOLUCION 3280. SE NETREGA CURVAS DE CYD DILIGENCIADAS. SE BRINDA EDUCACION EN CUANTO A SINTOMAS DE ALARMA PARA EL MENOR Y SINTOMAS DE ALARMA PARA COVID 19 Y MEDIDAS DE PREVENCION DE CONTAGIOS.
 SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE CONSULTAR EL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTARSE:
 DIFICULTAD PARA RESPIRAR, (ALETEO NASA, UNDIMIENTO DE LAS COSTILLITAS, ZONA DE LA NARIZ BOCA MORADAS) FIEBRE NO CONTROLADA, QUE EL MENOR NO RECIBA PECHO NI NINGUN ALIMENTO, CONVULSIONES O INCONCIENCIA

Paciente fue adherente al plan de cuidado de la consulta anterior. NO APLICA

MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:

MAYOR DE 12 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS MAYOR DE 24 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS

LABORATORIOS

SE ENCUENTRA DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 6 A 23 MESES: MUJER QUE SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE 10 A 13 AÑOS

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?

CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?

POR QUE

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD	SI
2. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD	SI
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	SI
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS	SI
5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD	SI
6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE	NO
7. CONSUME LICOR O FUMA	NO
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS	NO

CONDUCTA PROFESIONAL**LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE**

- Se dan recomendaciones para tener una alimentación balanceada adecuada para la edad. todos los días debe consumir: 3 frutas, 2 verduras, carne (pollo, pescado, res, cerdo o vísceras). las carnes se deben consumir tanto al almuerzo como a la cena. todos los días debe consumir 3 porciones de lácteos (leche, queso, kumis, yogurt). se debe consumir 3 veces por semana granos. todos los días debe consumir un huevo. no debe consumir frecuentemente sopas, porque son nutrientes diluidos. No dar a tomar biberón. no gaseosas, no jugos ni paquetes.
 - Se recomienda tener un horario de comidas: desayuno 7-8am medias nueves: 9-9:30am almuerzo 12:30 a 1pm, onces: 3-3:30 pm cena 6:30 - 7pm
 - Se brindan recomendaciones sobre hábitos de vida saludable
 - Se dan pautas sobre higiene del sueño y aseo personal diario del niño
 - Se recomienda el lavado de dientes después de cada comida con crema dental sin flúor
 - Se aconseja no golpear a los niños para corregirlos. evitar el uso de malas palabras. usar el dialogo como método para resolver conflictos
 - Se remite a higiene oral y/o odontología para control de salud
 - Se remite a optometría para tamizaje visual
 - Se dan pautas de estimulación para la edad (anotar de acuerdo a grupo etario)
 - En caso de presentar infecciones respiratorias, evitar la exposición a humo de cigarrillo, evitar contacto directo con personas que tengan gripa, usar tapabocas, continuamente lavarse las manos y evitar cambios bruscos de temperatura.
 - Se deriva al paciente a vacunación y se brinda educación sobre la importancia de las vacunas
 - Se realiza educación sobre enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda
 - Si el niño presenta temperatura mayor de 38°C, no come o bebe nada, vomita todo, no orina, esta somnoliento, presenta convulsiones, dificultad para respirar (hundimiento de costillas, se pone morado, respira agitado o le aletea la nariz), presenta deposición con sangre o llanto inconsolable debe ser revisado rápidamente por un medico
 - Se promueve el vínculo afectivo madre/hijo y con demás miembros de la familia
 - Se promueve el respeto y cumplimiento de los derechos del niño
 - Se promueve el autocuidado.
- Se recomienda traer siempre a los controles el carnet de vacunas y las tablas de crecimiento

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

se informa sobre los signos y síntomas clínicos para covid 19, los síntomas son similares a las demás infecciones respiratorias – ira-, y pueden ser leves, moderados o severos, como fiebre, tos, secreciones nasales y malestar general o dificultad para respirar.

se brinda educación sobre medidas de protección básicas contra el nuevo coronavirus lávese las manos frecuentemente con agua y jabón, adopte medidas de higiene respiratoria al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón. mantenga el distanciamiento social al menos 1 metro de distancia entre usted y las demás personas, evite tocarse los ojos, la nariz y la boca, si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo y comuníquese al 123.

EDUCACIÓN

Alimentación complementaria
 Alimentación perceptiva
 Prevención de enfermedades prevalentes en la infancia
 Pautas de crianza
 Manejo de pataletas
 Higiene (baño, lavado de manos)
 Sueño seguro
 Vacunación
 Prácticas de amor y afecto
 Actividades para estimular el desarrollo (motricidad gruesa, motricidad fina, audición y lenguaje, personal social)
 Promover el juego, canto y la lectura.
 Actividad física
 Prevención de accidentes
 Prevención de violencias
 Manejo del tiempo libre
 Cuidado bucal
 Suministro de micronutrientes
 Desparasitación
 Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos
 Promover participación del rol del padre

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES:**DERECHOS**

5. ELEGIR SI DESEO O NO, RECIBIR EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.
 8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.
 11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS
 13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
 15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD.

DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
 3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
 6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
 9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	INFANCIA VACUNACIÓN SALUD VISUAL
RUTA MATERNO PERINATAL	NO	
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA	NO	
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	NO	
RUTA CANCER	NO	
RUTA SALUD MENTAL	NO	
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS	NO	
CANALIZACION PIC		

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL - niñas y niños menores de 5 años

Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
> +3	Obesidad	<input type="checkbox"/>
> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	<input type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	<input checked="" type="checkbox"/>
< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	<input type="checkbox"/>
< -3	Desnutrición Aguda Severa*	<input type="checkbox"/>
≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	<input type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	<input checked="" type="checkbox"/>
< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	<input type="checkbox"/>
> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>
≥ -2 a ≤ 2	Normal	<input type="checkbox"/>

< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------

VALORACION NUTRICIONAL niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años		
Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	False
≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	False
< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	False
$> +2$	Obesidad	False
$> +1$ a $\leq +2$	Sobrepeso	False
≥ -1 a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	False
≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	False
< -2	Delgadez	False

ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	14/08/2020	BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDIA
Quirúrgicos	14/08/2020	NIEGA
Alérgicos	14/08/2020	NIEGA
Médicos	30/08/2020	bronquiolitis
Médicos	04/12/2020	BRONQUIOLITIS
Alérgicos	04/12/2020	NIEGA
Inmunológicos	04/12/2020	REFIERE VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET
Médicos	13/04/2023	DESNUTRICION MODERADA
Médicos	18/04/2023	NIEGA
Alérgicos	18/04/2023	NIEGA
Familiares	18/04/2023	NIEGA
Inmunológicos	18/04/2023	ESQUEMA ATRAZADO FALTA TERMINAR 1 AÑO Y FALTAN 18 MESES
Médicos	19/04/2023	No refiere ningun cambio
Médicos	19/04/2023	Sin cambios
Médicos	13/05/2023	ANOTADOS
Médicos	31/07/2023	ANOTADOS
Tóxicos	14/08/2020	Ninguno NIEGA

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observación

PLAN DE TRATAMIENTO		
Cantidad	Nombre	Observacion
4	VITAMINA A 50.000 UI CAPSULA	SUMINISTRAR LAS 4 CAPSULAS EN UNICA DOSIS
1	HIERRO (FERROSO) SULFATO 2,5G/100 - 120 ML SOLUCION ORAL	SUMINISTRAR 1.5 CC DIARIOS DESPUES DEL ALMUERZO HASTA TERMINAR EL CONTENIDOD EL FRASCO NO DAR CON LACTEOS Y CEPILLAR LOS DIENTES

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación:



Profesional: DONATO ANGEL NATHALIA
 Cédula: 1010176646
 Tipo Medico: Enfermera

Usuario: 52773141
 Nombre reporte : HCRPHistoBase

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE**

FECHA DE FOLIO: 18/04/2023 4:55:19 p. m. N° FOLIO:14

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141372150	IDENTIFICACION: 1141372150	EDAD: 3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE: MARIA SALOME CASTRO CALPA	FECHA DE NACIMIENTO: 12/06/2020 12:00:00 a. m.	SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero	NIVEL / ESTRATO: BENEFICIARIO CATEGORIA A	
ENTIDAD: EPSS34	TIPO DE REGIMEN: Contributivo	
DIRECCION: CLL 49 SUR 95 A 63	TELEFONO: 3118040857	PROCEDENCIA: BOGOTA

ENFOQUE DIFERENCIAL

¿El paciente hace parte del grupo enfoque diferencial?

Orientacion Sexual

Tipo de población objetivo

Tipo de asistencia

Identidad de genero

¿Se identifica con algún grupo Étnico?

Pueblo indigena

**EDUCACION
BRINDADA**

EDUCACIÓN EN INFANCIA Y PRIMERA INFANCIA

- Se dan recomendaciones para tener una alimentación balanceada adecuada para la edad. todos los días debe consumir: 3 frutas, 2 verduras, carne (pollo, pescado, res, cerdo o vísceras). las carnes se deben consumir tanto al almuerzo como a la cena. todos los días debe consumir 3 porciones de lácteos (leche, queso, kumis, yogurt). se debe consumir 3 veces por semana granos. todos los días debe consumir un huevo. no debe consumir frecuentemente sopas, porque son nutrientes diluidos. No dar a tomar biberón. no gaseosas, no jugos ni paquetes.- Se recomienda tener un horario de comidas: desayuno 7-8am medias nueves: 9-9:30am almuerzo 12:30 a 1pm, onces: 3-3:30 pm cena 6:30 - 7pm- Se brindan recomendaciones sobre hábitos de vida saludable- Se dan pautas sobre higiene del sueño y aseo personal diario del niño - Se recomienda el lavado de dientes después de cada comida con crema dental sin flúor- Se aconseja no golpear a los niños para corregirlos. evitar el uso de malas palabras. usar el dialogo como método para resolver conflictos- Se remite a higiene oral y/o odontología para control de salud- Se remite a optometría para tamizaje visual- Se dan pautas de estimulación para la edad (anotar de acuerdo a grupo etario)- En caso de presentar infecciones respiratorias, evitar la exposición a humo de cigarrillo, evitar contacto directo con personas que tengan gripa, usar tapabocas, continuamente lavarse las manos y evitar cambios bruscos de temperatura.- Se deriva al paciente a vacunación y se brinda educación sobre la importancia de las vacunas- Se realiza educación sobre enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda- Si el niño presenta temperatura mayor de 38°C, no come o bebe nada, vomita todo, no orina, esta somnoliento, presenta convulsiones, dificultad para respirar (hundimiento de costillas, se pone morado, respira agitado o le aletea la nariz), presenta deposición con sangre o llanto inconsolable debe ser revisado rápidamente por un medico- Se promueve el vínculo afectivo madre/hijo y con demás miembros de la familia- Se promueve el respeto y cumplimiento de los derechos del niño- Se promueve el autocuidado. Se recomienda traer siempre a los controles el carnet de vacunas y las tablas de crecimiento

EDUCACION EN: SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE CONSULTAR EL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTARSE: DIFICULTAD PARA RESPIRAR, (ALETEO NASAL, HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLITAS, ZONA DE LA NARIZ BOCA MORADAS) FIEBRE NO CONTROLADA, QUE EL MENOR NO RECIBA PECHO NI NINGUN ALIMENTO, CONVULSIONES O INCONCIENCIA

Acuidados y signos de alarma de enfermedad respiratoria aguda : se explicó que son las era, sus síntomas, los factores de riesgo, las medidas de prevención, tratamiento de tos casero, lavado nasal, tratamiento para la fiebre (uso de acetaminofén), signos de alarma: hundimiento de costillas al respirar, ruidos raros al respirar, tos por más de 15 días, respiración más rápida de lo normal, el niño no puede comer ni beber y vomita, el niño es menor de 2 meses y tiene fiebre, el niño tiene más de 2 meses y presenta fiebre mayor a 38 por más de tres días, no se despierta con facilidad, presenta ataques o convulsiones. Cuidados y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda: prevenir la deshidratación: continuar alimentándolo, aumentar líquidos o lactancia materna, administrar suero oral de sobre en agua hervida, a cucharadita lentamente después de cada deposición líquida, abundante, vomito o si se observa algún signo de deshidratación; signos de alarma y/o deshidratación: ojos hundidos, ojeras, llanto sin lágrimas, sed, boca seca, orina espesa, decaimiento y somnolencia, aumento de las deposiciones en frecuencia y consistencia, sangre en las heces, diarrea por más de 10 días si es mayor de dos meses o de 7 días si es menor de dos meses; nunca suspender la leche materna; después de cada deposición lavar la colita con agua tibia abundante; dar caldos de pollo o carne sin grasa (molido o licuado), sopas o puré de papa o pasta con pollo o carne, frutas: solamente guayaba, pera, durazno o manzana, sola en jugo o compota si azúcar dar pan de sal, galletas de soda, calados y tostadas; reiniciar la dieta normal 3 días después de superada la diarrea.- signos de deshidratación: ojos hundidos, ojeras, llanto sin lágrimas, sed, boca seca, orina espesa, decaimiento y somnolencia nunca suspender la leche materna, después de cada deposición lavar la colita con agua tibia

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:8573620

FECHA DE INGRESO:18/04/2023 1:45:29 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

CAUSA EXTERNA:Otra

RESPONSABLE:MARIA SALOME CASTRO CALPA

DIRECCION RESPONSABLE: BOSA

TELEFONO RESPONSABLE: 2

NIVEL EDUCATIVO:

ETNIA:

DISCAPACIDAD

TIPO DISCAPACIDAD

OCUPACION

abundante.- dar caldos de pollo o carne sin grasa (molido o licuado)- dar sopas o puré de papa o pasta con pollo o carne.- dar frutas: solamente guayaba, pera, durazno o manzana, sola en jugo o compota si azúcar dar pan de sal, galletas de soda, calados y tostadas.- consultar si la diarrea dura más de 10 días, o si la deposición tiene sangre o moco.se informa sobre los signos y síntomas clínicos para covid 19, los síntomas son similares a las demás infecciones respiratorias – ira-, y pueden ser leves, moderados o severos, como fiebre, tos, secreciones nasales y malestar general o dificultad para respirar.se brinda educación sobre medidas de protección básicas contra el nuevo coronavirus lávese las manos frecuentemente con agua y jabón, adopte medidas de higiene respiratoria al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón. mantenga el distanciamiento social al menos 1 metro de distancia entre usted y las demás personas, evite tocarse los ojos, la nariz y la boca, si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo y comuníquese al 123.

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	14/08/2020	BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDIA
Quirúrgicos	14/08/2020	NIEGA
Alérgicos	14/08/2020	NIEGA
Médicos	30/08/2020	bronquiolitis
Médicos	04/12/2020	BRONQUIOLITIS
Alérgicos	04/12/2020	NIEGA
Inmunológicos	04/12/2020	REFIERE VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET
Médicos	13/04/2023	DESNUTRICION MODERADA
Médicos	18/04/2023	NIEGA
Alérgicos	18/04/2023	NIEGA
Familiares	18/04/2023	NIEGA
Inmunológicos	18/04/2023	ESQUEMA ATRAZADO FALTA TERMINAR 1 AÑO Y FALTAN 18 MESES
Médicos	19/04/2023	No refiere ningun cambio
Médicos	19/04/2023	Sin cambios
Médicos	13/05/2023	ANOTADOS
Médicos	31/07/2023	ANOTADOS
Tóxicos	14/08/2020	Ninguno NIEGA

Fumador:

Medida Fumador:

Tiempo Fumador:

Medida Exfumador:

Tiempo Exfumador:

Fumadores en Casa:

Exposición al humo:

Tiempo exposición:

Medida Exposición:

Mascotas en casa:

Sustancias:

Medida Sustancias:

Tiempo Sustancias:

Planifica: ☐

FUP:

G:

P:

A:

C:

V:

E:

M:

DIAGNOSTICOS		
Codigo	Descripción	Principal
Z718	OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS	<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación:

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	8573620	FECHA DE INGRESO:	18/04/2023 1:45:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Otra
RESPONSABLE:	MARIA SALOME CASTRO CALPA	DIRECCION RESPONSABLE:	BOSA
NIVEL EDUCATIVO:		ETNIA:	
TIPO DISCAPACIDAD		OCUPACION	
		TELEFONO RESPONSABLE:	2
		DISCAPACIDAD	



DONATO ANGEL NATHALIA
Enfermera
Cédula de ciudadanía-1010176646

HISTORIA CLÍNICA

ATENCION DE PRIMERA VEZ ODONTOLOGIA GENERAL

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1141372150
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 Edad Actual: 3 Años / 2 Meses / 26 Días
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 19/04/2023 3:21:40 p. m. Nº FOLIO: 15
Identificación: 1141372150 Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3118040857
Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP CONTRIBUTIVO -CS-AS-001-2023
Discapacidad: NINGUNA

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 8583237
FINALIDAD CONSULTA: Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo

FECHA DE INGRESO: 19/04/2023 2:37:43 p. m.
CAUSA EXTERNA: Otra

RESPONSABLE: 1
CENTRO DE ATENCIÓN: PA27 - USS CABAÑAS

DIRECCION RESPONSABLE: 1
ÁREA DE SERVICIO: PA27E01 - ODONTOLOGIA GENERAL CABAÑAS

TELEFONO RESPONSABLE: 1

Nombre Acudiente: Laura Calpa

Telefono Acudiente: Madre: 3118040857

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta:

"A mi hija la mando el pediatra y necesito el certificado de salud oral para el colegio"

Historia de la Afección Presente:

Paciente asintomatica que asiste a consulta con su madre

1. Tratamiento Medico:	NO	9. Hepatitis:	NO	17. Antecedentes Traumáticos:	NO
2. Ingestión de Medicamentos:	NO	10 Hipertensión Arterial:	NO	18. Antecedentes Familiares:	NO
3. Hemorragias:	NO	11. Antecedentes Quirúrgicos:	NO	19. Habito de Higiene Oral:	SI
4. Sinusitis:	NO	12. Antecedentes Ginecobstetricia/genitourinario:	NO	20. Uso de Seda Dental:	NO
5. Enfermedades Respiratorias:	NO	13. Antecedentes Hospitalarios:	SI	21. Cepillado:	SI # veces: 2
6. Cardiopatías:	NO	14. Antecedentes Venéreos:	NO	22. Uso Seda:	NO # veces:
7. Diabetes:	NO	15. Antecedentes Tóxicos y Alérgicos:	NO	23. Uso Enjuague Bucal:	NO
8. Fiebre Reumática:	NO	16. Antecedentes Psiquiátricos:	NO	Otro:	ninguno
Reconciliación medicamentosa al ingreso y al egreso		NO	Observación	ninguno	
Paciente con compromiso sistémico identificado requiere manejo con equipo interdisciplinario NO					
Observación	13.Hospitalizada por bronquiolitis				

EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO

1. Articulación temporomandibular:	NO	9. Maxilares:	NO
2. Mucosa Bucal:	NO	10. Lengua:	SI
3. Mucosa Bucal Labial:	NO	11. Senos Maxilares:	NO
4. Mucosa Bucal Lingual:	NO	12. Músculos Masticadores:	NO
5. Mucosa Bucal Paladar:	NO	13. Sistema Nervioso:	NO
6. Mucosa Bucal Piso de Boca:	NO	14. Sistema Vascular:	NO
7. Mucosa Bucal Carrillos:	NO	15. Sistema Linfático Regional:	NO
8. Glándulas Salivares:	NO	16. Función de Oclusión:	NO

Observaciones

10.Saburral

Escala de dolor	0,0000	Escala Wong	0 Sin Dolor
-----------------	--------	-------------	-------------

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial	na	Peso	11	Temperatura	36
------------------	----	------	----	-------------	----

EXAMEN DENTAL

1. Tamaño:	No	6. Posición:	No
2. Forma:	No	7. Patología Pulpar:	No
3. Numero:	No	8. Placa Blanda:	Si
4. Estructura:	No	9. Placa Calcificada:	Si
5. Color:	No	10. Otro ¿Cuál?:	

Observaciones

--

EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL

Normal:	Si	Gingivitis:	No	Localizacion:		Periodontitis:	No	Localizacion:	
Observaciones clínicas:									

Índice de placa Silness & Loe modificado

SUPERFICIE	NOMBRE																																
D	DISTAL																																
M	MESIAL																																
O	OCLUSAL																																
L	LINGUAL																																
V	VESTIBULAR																																
<div><div>Diente</div><div>Cita</div></div>	Ultimo Molar	11	23	Ultimo Molar					Ultimo Molar					45	Ultimo Molar																		
	1er Cuadrante	(51)	(63)	2° Cuadrante					3er Cuadrante					(84)	4° cuadrante																		
55		51	63	65					75					84	84																		
Valoración	D	V	O	P	M	D	V	P	M	D	V	P	M	D	V	O	P	M	D	V	O	L	M	D	V	O	L	M	D	V	O	L	M
Inicial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

No. Superficies Marcadas:

12

No. Superficies Examinadas:

33

Porcentaje de Placa:

36

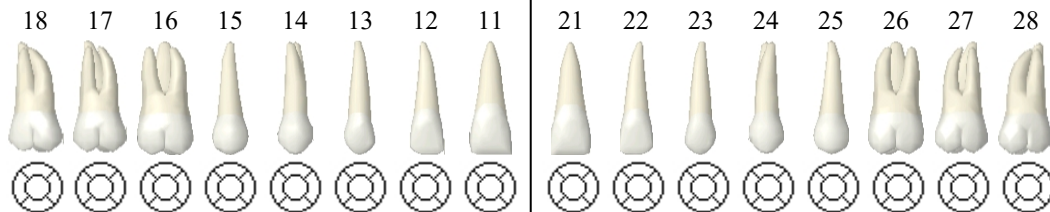


	1(18-14)	2(13-23)	3(24-28)	4(38-34)	5(33-43)	6(44-48)	
ÍNDICE NECESIDAD DE TRATAMIENTO	1	1	1	1	1	1	

NT1 - Enseñanza en Salud Oral

ODONTOGRAMA

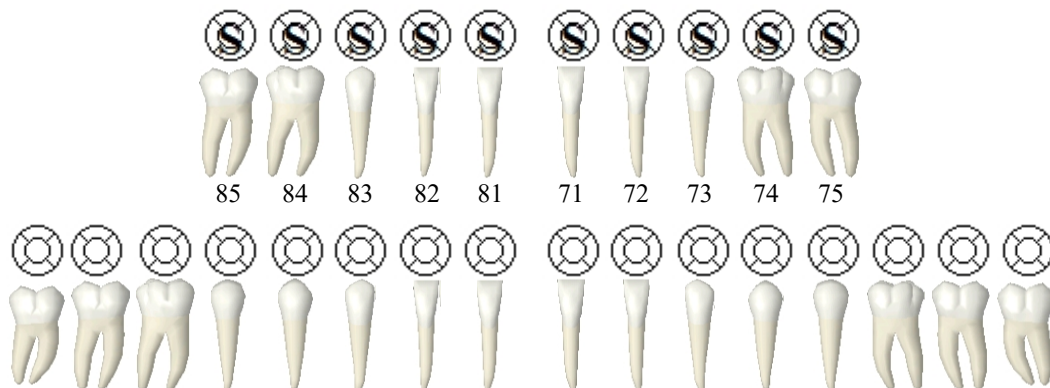
VESTIBULAR



DERECHO

LINGUALES

IZQUIERDO



48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
VESTIBULAR

TRATAMIENTOS A DIENTES			
Fecha	Estado	Ubicación	Tratamiento
19/04/2023	Finalizado	75	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	65	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	74	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	64	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	73	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	63	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	72	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	62	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	71	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	61	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	81	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	51	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	82	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	52	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	83	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	53	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	84	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	85	DIENTE SANO
19/04/2023	Finalizado	54	DIENTE SANO
		18	
19/04/2023	Finalizado	55	DIENTE EN ERUPCION

C	c	
O	e	
P	o	

Total COP/ ceo

INDICE COP

SANOS	CARIES NO CAVITACIONAL	CARIES CAVITACIONAL	OBTURADOS POR CARIES	PERDIDOS POR CARIES	TOTAL DIENTES PRESENTES	TOTAL INDICE COP/ceo (historia de caries)
19					19	

Observaciones:

Estado del Paciente

☐ Sano

☐ Edéntulo

☐ Controlado

HABITOS ORALES NOCIVOS						Observaciones
Succion digital	NO	Tabaquismo	NO	Deglución atípica	NO	
Onicofagia	NO	Bruxismo	NO	Interposición lingual		
Respiración oral	SI	interposicion lingual	NO	Otro	NO	

Biberón NO

Indice visible placa bacteriana	Regular(16 a 30%)	P
Retención de Placa Bacteriana	Locales	P
Uso Diario de Crema Dental	No	
Experiencia de Caries	No	
Acceso al servicio odontológico en el año	Si	P
Frecuencia diaria de consumos de comidas / bebidas	> 7 veces al día	P
Ingesta diaria de carbohidratos	> 2 Porciones al día	P

CLASIFICACION DEL RIESGO DE CARIES: Bajo	PRONÓSTICO: Favorable
---	------------------------------

PLAN DE TRATAMIENTO

<input checked="" type="checkbox"/> Operatoria	<input type="checkbox"/> Medicina Oral	<input type="checkbox"/> Prótesis
<input type="checkbox"/> Periodoncia	<input type="checkbox"/> Cirugía Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Promoción-Prevención
<input type="checkbox"/> Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Endodoncia	

OBSERVACIONES PLAN DE TRATAMIENTO

Control de placa, educacion en salud oral, aplicacion de barniz de fluor

El Paciente Solicita Segunda Opinión ? No

Demanda Inducida CRECIMIENTO Y DESARROLLO

DERECHOS Y DEBERES

Reconoce los Derechos y Deberes

Derechos	10. Recibir una atención segura, integral, oportuna y eficiente de acuerdo a mi condición de salud, género y edad.
Deberes	6. Cumplir con el pago oportuno de los servicios y derivados de mi condición de aseguramiento

El paciente sabe y entiende:

1. Que es la caries?	No
2. Como se produce la caries?	No
3. Como se puede prevenir la caries?	No
4. Que es la gingivitis?	No
5. Como se produce la gingivitis?	No
6. Como se puede prevenir la gingivitis?	No
7. Que es la enfermedad periodontal?	No
8. Como se produce la enfermedad periodontal?	No
9. como se puede prevenir la enfermedad periodontal?	NO
10. Si la usuaria es gestante, reconoce el riesgo de no realizarse el tratamiento odontologico?	NO
11. EDUCACION / RECOMENDACIONES (Recuerda entregar al usuario estas recomendaciones en el plan de manejo externo)	

Identificación del Riesgo Clínico

SEGURIDAD DEL PACIENTE	PROMOCION Y DETECCION	CLINICOS
------------------------	-----------------------	----------

Caída: Fuga de paciente psiquiátrico: Identificación inadecuada: Comunicación inadecuada:	No detección hallazgos de cáncer: No detección de problemas de nutrición: No detección de enfermedad dental:	fractura dental fractura de elementos odontológicos ingesta de material o elementos odontológicos: compromiso pulpar: perdida dental:
--	--	---

Riesgo Psicosocial No

GESTION / INTERVENCIÓN DEL RIESGO CLÍNICO

Seguridad del paciente: practicas correctas para la seguridad del paciente que eviten caídas identificación incorrecta, comunicación inadecuada.

Promoción y detección: programas p y d, alteraciones del joven, planificación familiar, citología, agudeza visual, asesoría ETS .explicación de normas de higiene oral

Clínicos: se explica riesgos clínicos al paciente en la consulta y en consentimiento informado, se explica riesgos y beneficios del tratamiento y el paciente lo acepta, se entrega folleto hablemos y tips de salud oral

ESCALA DE SUICIDIO	
¿CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
¿HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ÚLTIMO MES?	NO
ESCALA	
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

Observaciones

Paquete estéril básico C 1 P 10 02/03/2023
 previa asepsia y antisepsia se realiza historia clínica, previa profilaxis, educación en salud oral y actividades p y d. como control placa y demás que correspondan, se firma consentimiento informado en marco de pandemia Covid 19, se explica riesgos y beneficios del tratamiento y el paciente lo acepta, se entrega folleto hablemos y tips de salud oral
 Se indica y se hace enjuague bucal con peróxido de hidrogeno al 1.5 por un minuto
 evolución realizada por Dra.Jennyfer Certain Carrillo.
 Paciente niega contacto con casos confirmados o probables de covid-19, niega síntomas respiratorios, niega ser caso probable de covid-19. Para reducción de riesgo se verifican 4 inequívocos, se aplican los 7 correctos e información redundante se realiza demanda inducida a p y d, salud oral.
 próxima cita: Aplicacion de fluor en 6 meses

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	14/08/2020	BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDIA
Quirúrgicos	14/08/2020	NIEGA
Alérgicos	14/08/2020	NIEGA
Médicos	30/08/2020	bronquiolitis
Médicos	04/12/2020	BRONQUIOLITIS
Alérgicos	04/12/2020	NIEGA

Inmunológicos	04/12/2020	REFIERE VACUNACION AL DIA PARA EDAD , NO PRESENTA CARNET
Médicos	13/04/2023	DESNUTRICION MODERADA
Médicos	18/04/2023	NIEGA
Alérgicos	18/04/2023	NIEGA
Familiares	18/04/2023	NIEGA
Inmunológicos	18/04/2023	ESQUEMA ATRAZADO FALTA TERMINAR 1 AÑO Y FALTAN 18 MESES
Médicos	19/04/2023	No refiere ningun cambio
Médicos	19/04/2023	Sin cambios
Médicos	13/05/2023	ANOTADOS
Médicos	31/07/2023	ANOTADOS
Tóxicos	14/08/2020	Ninguno NIEGA

DIAGNOSTICOS		Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
Código	Nombre	Definitivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO				
Observación					

PLAN DE TRATAMIENTO		
Cantidad	Nombre	Observacion
1		<p>Recomendaciones pre tratamiento odontológico</p> <p>Asistir con su cepillo de dientes y toalla</p> <p>Cepillarse los dientes antes de la cita</p> <p>Requiere cita de higiene oral previa.</p> <p>Para la aplicación de flúor en barniz, se sugiere haber comido previamente (desayunado o almorzado)</p> <p>Uso de profilaxis antibiótica</p> <p>Consumir los medicamentos recomendados por el médico tratante</p> <p>No fumar, consumir bebidas alcohólicas o consumo de sustancias psicoactivas 24 horas antes del procedimiento.</p> <p>Se recomienda a</p> <p>Asistir con acompañante mayor de edad</p> <p>Realizar la toma de tensión arterial antes del procedimiento</p> <p>No guardar ayuno</p> <p>CERTIFICACION</p> <p>La presente es con la finalidad de dar constancia del estado de salud actual del paciente, quien asistió a consulta odontológica y a la inspección clínica se observó: SANA</p> <p>Se expide el presente Certificado con la finalidad de realizar los trámites que considere necesarios.</p>

INDICACIONES MEDICAS	
Tipo Indicación:	Salida_Consulta_Externa
Detalle Indicación:	

Profesional:	CERTAIN CARRILLO JENNYFER
Cédula:	1082943451
Especialidad	ODONTOLOGIA GENERAL

Usuario: 52773141
Nombre reporte : HCRPHistoBase

HISTORIA CLÍNICA
ODONTOLOGIA EVOLUCION PYD

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1141372150
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 Edad Actual: 3 Años / 2 Meses / 26 Días
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 19/04/2023 4:39:31 p. m. N° FOLIO: 16
Identificación: 1141372150 Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3118040857
Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP CONTRIBUTIVO -CS-AS-001-2023
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8583237
FECHA DE INGRESO: 19/04/2023 2:37:43 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo CAUSA EXTERNA: Otra

RESPONSABLE: 1 DIRECCION RESPONSABLE: 1 TELEFONO RESPONSABLE: 1
CENTRO DE ATENCIÓN: PA27 - USS CABAÑAS ÁREA DE SERVICIO: PA27E01 - ODONTOLOGIA GENERAL CABAÑAS

Educación en Salud Oral	SI
Técnica de cepillado	<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de seda dental	<input checked="" type="checkbox"/>
Habitos alimenticios	<input checked="" type="checkbox"/>
Cepillado bajo supervisión	<input checked="" type="checkbox"/>
Visita al odontologo dos veces al año	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Control de Placa	SI	veces año:	Primer control	Descripción %	21	%
Sellantes	NO	veces año:		Número de Dientes		Cantidad Sellantes
Aplicacion de Fluor Barniz	NO	veces año:				
Detertraje	NO	Cantidad Detertraje		Número de Cuadrantes		
Inicio Tratamiento PYP?	SI	Consulta repetida	2	Terminó Tratamiento en PYP?	SI	Paciente Controlado

ADHERENCIA A PLAN DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO

El paciente cumplió las recomendaciones y/o indicaciones medicas dadas en la cita anterior N/A

El paciente se tomo los medicamentos ordenados en la cita anterior N/A

OBSERVACIONES

SEGUIMIENTO A RIESGO

Se aplicó anestesia:	NO
Se presenta complicación anestésica:	NO
Presenta alguna complicación durante la consulta:	NO
Presentó infección despues del procedimiento odontológico:	NO
Paciente valorado por Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral:	NO

¿El paciente requiere Reconciliación medicamentosa?	NO	Observaciones	
Paciente con compromiso sistémico identificado requiere manejo con equipo interdisciplinario		N/A	
Observaciones			
¿El paciente requiere profilaxis antibiótica?	NO	Observaciones	

EVOLUCIÓN	<p>Previa firma de consentimiento informado y previa asepsia y antisepsia, se realiza control de placa bacteriana, demostración y educación en de técnica de cepillado y adecuado. Profilaxis con pasta profiláctica, consumo de no alimentos duros o pegajosos que puedan fracturar o desalojar obturaciones., se recomienda valoración odontológica anual e higiene oral, se explica tratamiento, uso de seda dental, recomendaciones para mejorar higiene oral, como recambio de cepillo y hábitos alimenticios, verbales y escritas</p> <p>Básico c1 p 17 del 02/03/23</p> <p>Previa firma de consentimiento informado y previa asepsia y antisepsia,</p> <p>Se realiza profilaxis, se coloca barniz de flúor en todas las superficies dentales, se explica a la paciente que presentara una textura acaramelada y sensación de agrandamiento de las superficies oclusales durante el día, se recuerda que no debe consumir alimentos en tres horas y que debe realizar cepillado hasta el día siguiente, Se entregan recomendaciones verbales y escritas. Tratamiento terminado en P y D.</p> <p>Básico c1 p 17 del 02/03/23 Dra.Jennyfer Certain Carrillo</p> <p>Próxima cita: control en 6 meses</p>
-----------	---

CODIGO DE DIAGNOSTICO	Z012	NOMBRE DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL	EXAMEN ODONTOLOGICO
-----------------------	------	---------------------------------	---------------------



Profesional: CERTAIN CARRILLO JENNYFER
Cédula: 1082943451
Especialidad ODONTOLOGIA GENERAL

Usuario: 52773141
Nombre reporte : HCRPHistoBase

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE**

FECHA DE FOLIO: 2/05/2023 12:59:40 p. m. N° FOLIO: 17

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA:	1141372150	IDENTIFICACION:	1141372150	EDAD:	3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE:	MARIA SALOME CASTRO CALPA	FECHA DE NACIMIENTO:	12/06/2020 12:00:00 a. m.	SEXO:	Femenino
ESTADO CIVIL:	Soltero	NIVEL / ESTRATO:	BENEFICIARIO CATEGORIA A		
ENTIDAD:	EPSS34	TIPO DE REGIMEN:	Contributivo		
DIRECCION:	CLL 49 SUR 95 A 63	TELEFONO:	3118040857	PROCEDENCIA:	BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	8583237	FECHA DE INGRESO:	19/04/2023 2:37:43 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	1	DIRECCION RESPONSABLE:	1
		TELEFONO RESPONSABLE:	1

Nota: Para ver el Archivo Adjunto se debe cerrar este reporte y dar click en el botón CONSULTAR ARCHIVOS

ADJUNTOS; ubicado en la parte inferior de la consulta de historia clínica.

Descripción del Archivo Adjunto (De donde proviene, Ubicación, etc)

CONSENTIMIENTO/ODONTOLOGÍA

Archivos Adjuntos

1141372150.pdf

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

SUBREDSO HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO A PROGRAMAS

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1141372150
Nombre Paciente: MARIA SALOME CASTRO CALPA
Fecha Nacimiento: 12/junio/2020 Edad Actual:
Dirección: CLL 49 SUR 95 A 63
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 13/05/2023 6:01:12 p. m. N° FOLIO: 18
Identificación: 1141372150 Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3118040857
Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: BENEFICIARIO CATEGORIA A

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 8529762
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica
RESPONSABLE: p
CENTRO DE ATENCIÓN: FO08 - USS 51 ZONA FRANCA
FECHA DE INGRESO: 11/04/2023 3:16:30 p. m.
CAUSA EXTERNA: Otra
DIRECCION RESPONSABLE: p
ÁREA DE SERVICIO: FO08A38 - ENFERMERIA PYD 51 ZONA FRANCA
TELEFONO RESPONSABLE: 0

SEGUIMIENTO A PROGRAMAS

TIPO DE SEGUIMIENTO	TELEFONICO	PROGRAMA	DETECCION ALTERACIONES - NIÑO
MOTIVO DEL SEGUIMIENTO GESTANTE		OTRO	SEGUIMIENTO NUTRICION
SE CONTACTA USUARIO (A)	SI	NOMBRE PERSONA QUE RESPONDE	PARENTEZCO

SEGUIMINETO REGULACION FECUNDIDAD

MOTIVO DE EGRESO REGULACION FECUNDIDAD

Medico de crónicos Fecha Médico internista Fecha
Medico familiar Fecha Psicología Fecha
Vacunación Fecha Laboratorios Fecha

DOSIS MATERNA	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

DOSIS PAREJA	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

DOSIS DEL PACIENTE	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

DOSIS DE LA PAREJA PRIMERA	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	

MOTIVOS DEL EGRESO

SE CONTACTA USUARIO (A)	SI	NOMBRE PERSONA QUE RESPONDE	PARENTEZCO
-------------------------	----	-----------------------------	------------

HALLAZGOS RELEVANTES DEL SEGUIMIENTO

SE REALIZA SEGUIMIENTO A MENOR NOTIFICADA POR BAJO PESO, LA CUAL SE EVIDENCIA NO ASISTIO A CITAS PROGRAMADAS POR NUTRICION Y MED- GENERAL POR MOTIOVOS DE HORARIOS LABORALES

GESTION FRENTE A HALLAZGOS

SE VUELVE ASIGNAR CITA POR NUTRICION PARA EL 17/05/2023 CON DRA HORTENSIA EN CAPAS ZONA FRANCA

ASIGNACION DE CITAS	SI	TIPO DE CITA	NUTRICION	ESPECIALIDAD	NUTRICION
---------------------	----	--------------	-----------	--------------	-----------

COMPROMISOS DEL USUARIO FRENTE A SEGUIMIENTO

SE LE INFORMA A LA MADRE LA IMPORTANCIA DE TRAER A MENOR A CITAS POR ESTADO NUTRICIONAL, MADRE REFIERE ACEPTAR Y ENTENDER

SEGUIMIENTO EFECTIVO	SI	AREA RESPONSABLE DEL SUGUIMIENTO	PROMOCION Y DETECCION		
OTROS					

EDUCACION

SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MAS DE TRES VECES A LA SEMANA POR PERIODOS DE MÁS DE 30 MINUTOS.	
RECONOCE DEBERES Y DERECHOS	

DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

RUTA MATERNO PERINATAL

RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

RUTA CANCER

RUTA SALUD MENTAL

RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS

tableCell46

CANALIZACION PIC

Yadiry mendez

Profesional:	MENDEZ PATERNINA YADIRY
Cédula:	1016061116
Especialidad	AUXILIAR ENFERMERIA

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1141372150 Tipo_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: Registro civil-1141372150 EDAD: 3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE: MARIA SALOME CASTRO CALPA FECHA DE NACIMIENTO: 12/06/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: BENEFICIARIO CATEGORIA A
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Contributivo
DIRECCION: CLL 49 SUR 95 A 63 TELEFONO: 3118040857 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8868930 FECHA DE INGRESO: 6/06/2023 12:47:50 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE: k DIRECCION RESPONSABLE: 0 TELEFONO RESPONSABLE: 0

MOTIVO DE CONSULTA

☐ CONTROL

CITA D EPEDIATRIA ACUDIENTE EL PADRE SR SEBASTIAN CASTRO CEL 3204340433

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 2 AÑOS Y 11 MESES QUE ACUDE A PEDIATRIA POR EL PADRE MAL INFORMANTE RESTO NIEGA

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: bronquiolitis a los 1.5 meses
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
TRANSFUSIONALES: NO REFIERE
HOSPITALARIOS: homi POR BRONQUIOLITIS AGUDA
TRAUMATICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
TÓXICOS: NO REFIERE
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
FAMILIARES: NO REFIERE
PERINATALES: NO REFIERE

Desarrollo psicomotor: ACORDE A EDA D

PATOLOGIAS
PERINATELES:

CUADRO DE VACUNAS:

vacuna	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	1 Ref.	2 Ref.
BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN	<input checked="" type="checkbox"/>				
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antihepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y LA PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>				
Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/>				

PARTO: ☒ Vaginal ☐ Césarea Peso al Nacer: 2800 Talla al Nacer: 52
APGAR: Edad Gestacional: ☒ Noción de contagio Tuberculosis ☒ Patología perinatal

Cuál:

DESARROLLO PSICOMOTOR

Lenguaje (meses): Camino (meses): Sedestación (meses): Sosten cefálico (meses):
Escolaridad: ☐ Trae carné ☐ Pentavalente ☐ Virus influenza ☐ Hepatitis A
☐ Triple viral ☐ neumococo ☐ Varicela ☐ Rotavirus ☐ Otras
Cuáles: Ninguna

ALIMENTACIÓN: Lactancia materna:
Lactancia Complementaria (meses):

Exclusiva (meses): Riesgo nutricional: Normal

Alimentación actual: DIETA COMPLETA APETITO IRREGULAR
Familiograma: VIVE CON PADRE

REVISION POR SISTEMAS

Organos de los Sentidos NO REFIERE Cardiopulmanar NO REFIERE
Gastrointestinal NO REFIERE Musculo Esqueletico NO REFIERE
Genito Urinario NO REFIERE Neurologico NO REFIERE
Piel Faneras NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Peso (gr): 11,70 Talla (cm): 87,00 Perimetro Cefálico (cm): 47 Perimetro Torácico (cm): Temperatura: 36.5 Tensión Arterial: NO EQUIPO



Profesional: PERILLA GUERRA GLORIA PATRICIA
Cédula: 52988193
Especialidad: PEDIATRIA

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023
 71/76

FECHA DE FOLIO: 6/06/2023 2:26:11 p. m. N° FOLIO: 19

Frecuencia Respiratoria: 20 Frecuencia Cardiaca: 110 Riesgo Nutricional: Normal Escala del Dolor: 0,0000

ESTADO GENERAL:

Examen físico:

Estado general:

BUEN ESTADP GEMNERAL
 ESCALA DE DOPLOR CERO
 NO SINTOMATICO DE PUIEL
 PERIMETRO BRAQUIAL 16 CM

Examen Físico:

CABEZA: NORMOCEFALO, ORL NORMAL
 TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES
 CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, NO TAQUICARDICOS, NO AGREGADOS.
 RUIDOS RESPIRATORIO: BUEN A ENTRADA DE AIRE BILATERAL, NO RUIDOS AGREGADOS
 ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.
 NEUROLÓGICO: ALERTA REACTIVO CONECTADO SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO
 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVIMIENTO NORMALES, PULSOS DISTALES PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ANTE PANDEMIA COVID - 19

Paraclínicos

NO TRAE

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Médicos	14/08/2020	BRONQUIOLITIS HACE 1 MES CON HOSPITALIZACION EN HOSPITALDE LA MISERICORDI	

DIAGNÓSTICOS

Código Nombre
 Z761 CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DEL NIÑO

Observaciones:

Tipo Principal
 Presuntivo True

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ANALISIS

PACIENTE DE 2 AÑOS Y 11 MESES HOY CON PESO/TALLA ACORDE
 SE EINDICA CONTROL EN DOS MESES POR PEDIATRIA
 PADRE REIFERE ENTDENR Y ACEPTAR
 SE DA CERTIFICADO PRA EL JARDIN

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE


ESCALA YALE

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YIOS

ESCALA DE WESTLEY

ESCALA WOOD-DOWNES MODIFICADA FERRES(BRONQUIOLITIS)



Profesional: PERILLA GUERRA GLORIA PATRICIA
 Cédula: 52988193
 Especialidad: PEDIATRIA

ESCALA DE WOOD DOWNES MODIFICADA

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS	RIESGO SOCIAL
PLAN DE MANEJO	VER ANALISIS
NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO	NO
<input type="checkbox"/> Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento	
REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA	NO
CUAL	
SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO POS (MIPRES)	NO
NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)	

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?

NO

CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?

POR QUE

REGISTRE LOS CAMBIOS CONSIDERE PERTINENTES EN LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE



Profesional: PERILLA GUERRA GLORIA PATRICIA
Cédula: 52988193
Especialidad: PEDIATRIA

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

NO

OBSERVACIONES


ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	NO
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

- | | |
|--|----|
| 1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD | SI |
| 2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR | SI |
| 3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | SI |
| 4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS | SI |
| 5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD | SI |
| 6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE | SI |
| 7. CONSUME LICOR O FUMA | NO |
| 8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS | SI |

CONDUCTA PROFESIONAL



Profesional: PERILLA GUERRA GLORIA PATRICIA
 Cédula: 52988193
 Especialidad: PEDIATRIA

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

NEURODESARROLLO ACORDE A EDAD, SIGNOS VITALES NORMALES NO ASPECTO TOXICO NI SIGNOS DE PELIGRO AIEPI
PUERICULTURA: PAUTAS DE CRIANZA, NUTRICION; (DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS CON ABUNDANTE AGUA, EVITANDO CONSUMO DE PAQUETES GASEOSAS Y DULCES EN EXCESO) , RECOMIENDO ACTIVIDAD FISICA AL AIRE LIBRE, MINIMO 3 VECES POR SEMANA, DISMINUIR USO DE PANTALLAS EVITANDOLAS AL MAXIMO, HORAS DE SUEÑO 8-10 HORAS DIA, CUIDADO DE POSTURA, RECOMENDACIONES HIGIENE (BAÑO DIARIO APESAR DE TENER CUADRO GRIPAL), CUIDADOS DE PIEL (HIDRATACION CON PRODUCTOS NEUTROS A DIARIO MAS PROTECTOR SOLAR 2-3 VECES A DIA) EN CASO DE GRIPA EN CASA USO DE TAPABOCAS Y BUEN LAVADO DE MANOS, SE DA INFORMACION SOBRE VACUNAS DEL PAI, SE RECOMIENDAN ADEMAS VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL PAI (MENINGOCOCO, HEPATITIS A 2DA DOSIS, VARICELA , INFLUENZA ESTACIONAL) .

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES IR POR URGENCIAS : SE USAN EPP COMPLETOS , LAVADO DE MANOS ANTES Y LUEGO DE REVISAR EL PACIENTE DIFICULTAD RESPIRATORIA (HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS, RESPIRACIÓN RAPIDA, COLOR MORADO EN LA PIEL), VOMITO DE TODO LO QUE COME, DIARREA PROFUSA O CON SANGRE , CONVULSIONES, PERDIDA DEL SENTIDO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO CONTINUO, O ALGUNA DUDA .
RECOMENDACIONES EN VACUNAS POS Y NO POS, PAUTAS DE CRIANZA, PREVENCION DE ACCIDENTES Y ASISTENCIA A PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. HIGIENIZACION DE MANOS Y AISLAMIENTO PREVENTIVO, DISTANCIAMIENTO SOCIAL .

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

SI

DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.

DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA

DEMANDA INDUCIDA

CRECIMIENTO Y DESARROLLO
VACUNACIÓN
SALUD ORAL



Profesional: PERILLA GUERRA GLORIA PATRICIA
Cédula: 52988193
Especialidad: PEDIATRIA

SUBREDSO CONSULTA DE NUTRICION
NIÑOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 08 septiembre 2023
Pagina 1/1

FECHA DE FOLIO: 31/07/2023 7:13:07 a. m. N° FOLIO:20

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141372150 Tipo_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1141372150 EDAD: 3 Años / 2 Meses / 26 Días
NOMBRE PACIENTE: MARIA SALOME CASTRO CALPA FECHA DE NACIMIENTO: 12/06/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: BENEFICIARIO CATEGORIA A
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Contributivo
DIRECCION: CLL 49 SUR 95 A 63 TELEFONO: 3118040857 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 9204628 FECHA DE INGRESO: 31/07/2023 6:52:07 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE: as DIRECCION RESPONSABLE: 1 TELEFONO RESPONSABLE: 1

☐ CONTROL ☐ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Nivel Educativo 1.PREESCOLAR

Etnia

6.NINGUNO DE
LOS
ANTERIORES

Discapacidad:

Responsable del paciente: LAURA CALPA

Responsable SI

Tel:

Ocupación EMPLEADA
del paciente
:

Orientacion Sexual

Religion:

Núcleo familiar :

Procedencia :

ENFERMERDAD ACTUAL : CONTROL POR RIESGO DE DNT

MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO REFIERE
Quirúrgicos: NO REFIERE
Traumatológicos: NO REFIERE
Hospitalizaciones: NO REFIERE
Transfusionales: NO REFIERE
Farmacológicos: NO REFIERE
Tóxicos: NO REFIERE
Alérgicos: NO REFIERE
Ginecológicos: EG 40 SS PARTO VAGINAL
Familiares: NO REFIERE

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO ACTUAL: 12,40 kg PESO IDEAL: 12,4 Kg TALLA ACTUAL: 92,40 m TALLA IDEAL: 92,4 m
000 000
Indice de Masa Corporal Actual: 0,00 Indice de Masa Corporal Ideal: 0,0000 Perimetro Cefalico Actual 0,00 Cm Perimetro Cefalico Ideal 0,00

INDICACIONES ANTROPOMETRICAS:

PESO/EDAD: CLASIFICACION: *****MENORES DE 2 TALLA/EDAD: Talla adecuada para la edad. CLASIFICACION: Talla adecuada para la edad.
AÑOS*****
PESO/TALLA: >= -1 <= 1 CLASIFICACION: Peso adecuado para la talla Perimetro Cefalico/Edad: Indice de Masa Corporal/Edad

INTERPRETACION NUTRICIONAL:

INDICADORES NUTRICIONALES

PT D.E 0 Y -1

TE D.E -1

ANÁLISIS., PREESCOLAR DE 3 AÑOS Y 1 MES CON ADECUADO PESO PARA LA TALLA CON ADECUADO CRECIMIENTO EN TALLA

PARACLINICOS: Hemoglobina 0,0000 gr. Hematocrito 0,0000 % Nitrogeno Ureico 0,0000 GLICEMIA: 0,0000 GLICEMIA POST: 0,0000

Colesterol Total 0,0000 Colesterol de Alta Densidad 0,0000 Colesterol de Baja Densidad 0,0000 TRIGLICÉRIDOS: 0,0000

proteinas Totales 0,0000 Albumina 0,0000 Hormona estimulante de la Tiroides 0,0000 Triyodotironina 0,0000 Tiroxina 0,0000

Creatinina: 0,0000 Tiroxina libre: 0,0000 Transferrina : 0,0000

LACTANCIA MATERNA: Recibió leche materna: SI Recibe leche materna: Ya no recibe EXCLUSIVA (Meses): 6,00 COMPLEMENTARIA (Meses): 0,00

Diana K

Profesional: RODRIGUEZ RUBIANO DIANA PATRICIA
Cédula: 52021127
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN :

¿Dónde come? Casa

Apetito : Bueno

Deglución : Normal

Masticación : Normal

Ingesta : Normal

Alergia alimentaria : NO

¿Cual? :

Intolerancia Alimentaria : NO

¿Cual? :

Complementos y/o suplementos:

¿Cual? :

Frecuencia :

ANAMNESIS ALIMENTARIA:

ALIMENTOS RECHAZADOS:

NINGUNO

HABITO INTESTINAL:

NORMAL

RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:

DESAYUNO: HUEVO / CEREAL CON LECHE / CHOCOLATE Y MANZANA
NUEVES: KUMIS O FRUTA
ALMUERZO: VERDURA / LENTEJAS / ARROZ / PLATANO / AGUA 12 PM
ONCES: KUMIS O YOGUR CON GALLETAS
COMIDA: BROCOLI / CON ARROZ Y POLLO / AGUA 7 PM
SE OBSERVA COMIDAS FRACCIONADAS. CON ADECUADO CONSUMO DE TODOS LOS GRUPOS DE ALIMENTOS CON ADECUADO CONSUMO DE AGUA

ALIMENTOS PREFERIDOS:

FRUTAS

FRECUENCIA DE CONSUMOS:

FRECUENCIA DE CONSUMO	DIARIO	2-3 V/SEM	4-6 V/SEM	OCASIONAL	NUNCA
		[HCCL04N04]			

PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

PLAN :

RECOMENDACIONES DIETARIAS: 1. COMER INICIAR 7 AM Y DE AHI CADA 3 HORAS2. VARIABILIDAD EN LAS PREPARACIONES DE TODOS LOS ALIMENTOS.

CONTROL :

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL :

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA	Definitivo	True

Observaciones:

DEMANDA INDUCIDA

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

Diana K