

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

**DATOS DE FOLIO**

**N° FOLIO:** 21 **FECHA DE APERTURA** 31/05/2023 10:14:50 a. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 31/05/2023 10:41:44 a. m.  
**FOLIO:**

**DATOS DEL PACIENTE**

1012471284

**Nombre Paciente:** LUIS ALFREDO COLINA GARCIA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1012471284 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 19/julio/2019 **Edad Actual:** 4 Años / 1 Meses / 18 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CALLE 57 B 99 83 **Teléfono:** 3212239117  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
**Entidad:** CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** EPS CAPITAL SALUD PYD SUBSIDIADO - CS-AS-005-2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**N° INGRESO:** 8835351 **FECHA DE INGRESO:** 31/05/2023 8:44:45 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** spolo **DIRECCION RESPONSABLE:** n **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** SU50 - USS 50 MEXICANA **ÁREA DE SERVICIO:** SU50A10 - MEDICINA GENERAL 50 MEXICANA  
**NOMBRE ACUDIENTE:** VIVIANA COLINA MADRE **TELÉFONO ACUDIENTE:** 3118858352 **RESPONSABLE:** SI  
**NIVEL EDUCATIVO:** 1.PREESCOLAR **ETNIA:** 6.NINGUNO DE LOS ANTERIORES **DISCAPACIDAD:** NO **TIPO DISCAPACIDAD**  
**EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD:** NO APLICA

**MOTIVO DE CONSULTA**

" POR TOS Y FIEBRE "

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE DE 3 AÑOS D EEDD CON C UADRO D E FIEBER D E 5 DIAS D E EVOLUCIO HASTA 38 ASOCIADO A TOS , RINORREA CON HIPOREXIA SIN DOLOR D E GARGANTA SIJ OTALGIA .

**HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID -19** NO

**Ha estado hospitalizado en el ultimo año** NO

**Observacion:**

**ANTECEDENTES**

Tipo: Médicos Fecha: 14/11/2019  
Detalle: PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNOPATOLOGICOS: NIEGAHOSPITALIZACIONES: NIEGAALERGICOS: NIEGATRAUMAS: NIEGAQUIRURGICOS: NIEGAALIMENTARIOS: LECHE Y MAIZENA \*\*\*\* NIEGA LACTANCIA MATERNAINMUNIZACIONES: COMPLETAS HASTA LOS 2 MESES (NO PRESENTA CARNET)FAMILIARES: NIEGA  
Tipo: Médicos Fecha: 16/02/2021  
Detalle: ANOTADOS EN LA HC  
Tipo: Alérgicos Fecha: 09/07/2021  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Alérgicos Fecha: 21/07/2021  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Médicos Fecha: 10/06/2023  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Médicos Fecha: 10/06/2023  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Otros Fecha: 29/06/2023  
Detalle: CYD 3 AÑOS MEDICINA GENERAL  
Tipo: Médicos Fecha: 08/08/2023  
Detalle: PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNOPATOLOGICOS: DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA MANEJO CON PUMPLY NUT 1 SOBRE AL DIAHOSPITALIZACIONES: GASTROENTERITIS A LOS 3 MESES. ALERGICOS: NIEGATRAUMAS: NIEGAQUIRURGICOS: NIEGAINMUNIZACIONES: COMPLETO PARA LA EDAD (NO PRESENTA CARNET)FAMILIARES: NIEGA  
Tipo: Otros Fecha: 09/08/2023  
Detalle: ESCALA DE RIESGO DE CAIDA

**REVISION POR SISTEMAS**☐ DISNEA

CONSUMO DE SODIO

☐ PARESTESIA



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

☐ PRECOLDIALGIA☐ ORTOPNEA☐ PALPITACIONES☐ CEFALIA☐ EPISTAXIS☐ EDEMASEDEMAS☐ CLASIFICACION DE MMII☐ DISFUNCION ERECTIL☐ ALTERACIONES MOTORAS☐ ALTERACIONES DE LA VISION

GRASAS(FRITOS,EMBUTIDOS)

CONSUME AZUCAR

☐ ACTIVIDAD FISICA

TIEMPO EN LA ACTIVIDAD

FRECUENCIA SEMANAL

☐ MAREOS☐ ANSIDAD☐ INSOMNIO☐ TINNITUS☐ DISESTESIAS☐ PLENITUD POST - PRANDIAL☐ DIARREA DE PREDOMINIO NOCTURNO☐ POLIURIA☐ DISURIA☐ POLIDIPSI☐ POLIFAGIA☐ ULCERAS HERIDAS Y/O CALLOCIDADES EN PIES☐ CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO

Otros: AL PRAECER NODULO RECURRENTES EN PARPADOS DE AMBOS OJOS  
DORLEN LOS PIERNAS RECURRENTE ASOCIADO A LA MARCHA PROLONGADA

**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	36,5000	Frecuencia Respiratoria	28,00	Frecuencia Cardíaca	100	Tensión Arterial	1 / 1	Tensión Arterial Media	1,00	Perimetro Cefalico	GLASGOW: 15	/15
PESO: 12,5000	TALLA: 95,0000	Indice de masa Corporal	13,85	Saturacion de Oxigeno		Fraccion Inspirada de oxigeno		CONDICIONES:	BUENAS			
Escala del dolor numerica	6	Escala del dolor grafica	0									

**OBSERVACIONES****SISTEMA****CABEZA Y CUELLO**

SIN ALTERACIONES

**OTORRINONARINGOLOGICO**

RINORREA HIALINA, LEVE ERITEMA DE OROFARINGE

**CARDIO PULMONAR Y/O TORAX**

SE USCUALTA LEVE MOVILIZACION DE SECRECION EN MBOS BASALES PULMONARES

**GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN**

SIN ALTERACIONES

**OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES**

ARCOS PLANTARES AUSENTES

**GINECO Y/O URINARIO**

SIN ALTERACIONES

**PIEL Y FANERAS**

SIN ALTERACIONES

**NEUROLOGICO**

SIN ALTERACIONES

**OBSERVACIONES**

NINGUNA

**LABORATORIOS Y PARACLINICOS****ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

#### ANALISIS

PACINET D 3 AÑOS 10 MESE CON CUADRO DE RINOFARINGITIS AL PARECER ASOCIADO HIPERACTIVIDAD BRONQUIAL CON TSO PERSSITENET DE PREDOMINIO NOCTURNO PERO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, LEF CON ESTDO NUTRICIONAL EN RIESGO DE DESNUTRICION Y DE BAJA TALL. SE HAEC REMISION A PEDIATRIA, NUTRICION Y OFTALMOLOGIA POR PRESN BETAR AL PRECR ORZUELOS RECURRENTE. SE INDICA APLICACION DE BETADOS CON INHALOCAMARA CD 6 H HSTA QUITAR TOS SE DAN SGNSO DE ALAMA PARA CUDROI POR URGENCIAS.

#### 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	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

VRR ANALISIS

**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

NO

#### CUAL

**SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO PBS (MIPRES)** NO **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** NO

#### OBSERVACIONES

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

#### 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

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

DIETA PARA LA EDAD, ETSILOS DE VIDA

#### EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

RECOMENDAICOENS GENERALES

#### EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES SI

#### DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.
2. CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y LOS COSTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN QUE OBTENDRÉ
3. CONOCER LOS ESCENARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CÓMO ACCEDER A LOS MECANISMOS DE ESCUCHA.
4. ELEGIR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ME ATENDERÁN
5. ELEGIR SI DESEO O NO, RECIBIR EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

#### DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO

DEMANDA INDUCIDA		
RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NO	
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
- RIESGO CLINICO RELACIONADO CON DESICIONES MEDICAS

#### DIAGNOSTICOS

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

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

J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Presuntivo ☒ ☐ ☐

Observación

J459 ASMA, NO ESPECIFICADA

Presuntivo ☐ ☐ ☐

Observación

M796 DOLOR EN MIEMBRO

Presuntivo ☐ ☐ ☐

Observación

H109 CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA

Presuntivo ☐ ☐ ☐

Observación

**PLAN DE TRATAMIENTO**

Cantidad	Nombre	Observacion
1	CLORURO DE SODIO (SOLUCION SALINA NORMAL) 0.9% X 250 ML SOLUCION INYECTABLE BOLSA	APLIACR 5 CENTIMETRA¿S EN CAD FOAS NASAL CAD 8 HOTRAS
1	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS 100 G (200 DOSIS) SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	HACER 2 INHALCIONES CON INHALOCAMARA CAD 6 HOARS HASTA QUIATR TOS
1	INHALOCAMARA PEDIATRICA CON MASCARA Y VALVULA DE RETENCION	PARA INLACIONES CAD 6 HORAS

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS**

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	1	PACINET CON RIESGOI D DESNUTRIUCION Y BAJA TALL CON DOLRO EN MIEBROSINFERIORES RECURRENTE
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	PACUNET CON RIESGOI D E BAJO PESO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	1	PACINET CON CINUNTIUVITSI CRONICA Y FORMACION RECURRENETALK PARECER D E ORZUELOS

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Conсульта\_Externa

Detalle Indicación:



Profesional: PINEDA CAMARGO LAZARO ALBERTO

Cédula: 79453980

Especialidad: MEDICINA GENERAL

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

Fecha Actual : martes, 05 septiembre 2023

Página 1/1

FECHA DE FOLIO: 3/06/2023 10:43:49 a. m. N° FOLIO: 22

**DATOS DEL PACIENTE:**

N° HISTORIA CLINICA: 1012471284 Tipo\_doc: RegistroCivIL IDENTIFICACION: 1012471284 EDAD: 4 Años / 1 Meses / 18 Días  
NOMBRE PACIENTE: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/2019 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CALLE 57 B 99 83 TELEFONO: 3212239117 PROCEDENCIA: BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

N° INGRESO: 8847230 FECHA DE INGRESO: 3/06/2023 8:36:48 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: DIRECCION RESPONSABLE: TELEFONO RESPONSABLE:  
☐ CONTROL ☐ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
Nivel Educativo 13. NINGUNO Etnia Discapacidad:  
Responsable del paciente: Viviana Colina Responsable SI Tel: 3118858352  
Ocupación Desescolarizado Orientacion Sexual Religion:  
del paciente : Bogotá  
Núcleo familiar : Madre Procedencia :  
ENFERMERDAD ACTUAL : Bajo peso  
MOTIVO DE CONSULTA: Gripe.

**ANTECEDENTES:**

Patológicos: Astenia y adinamia  
Quirúrgicos: NO REFIERE  
Traumatológicos: NO REFIERE  
Hospitalizaciones: NO REFIERE  
Transfusionales: NO REFIERE  
Farmacológicos: NO REFIERE  
Tóxicos: NO REFIERE  
Alérgicos: NO REFIERE  
Ginecológicos: NO REFIERE  
Familiares: NO REFIERE

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO ACTUAL: 12,60 kg PESO IDEAL: 0,00 Kg TALLA ACTUAL: 98,60 m TALLA IDEAL: 0,00 m  
Indice de Masa Corporal Actual: 0,00 Indice de Masa Corporal Ideal: 0,0000 Perimetro Cefalico Actual 49,00 Cm Perimetro Cefalico Ideal 0,00

**INDICACIONES ANTROPOMETRICAS:**

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

**INTERPRETACION NUTRICIONAL:**

paciente en desnutrición proteico calórica moderada, se da inicio de formulación de flc 1 sobre día, madre refiere que le da dulces para que no sea inquieto y por eso después ya no come. niño ingresa alerta atento, inquieto, con hambre, con prueba de alimento positiva, consume medio sobre con agrado.

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): 0,00 COMPLEMENTARIA (Meses): 0,00

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA: Complementación en menores de 3 años Causa del destete :

Profesional: TORRES MONTAÑEZ DAVID ESTEBAN  
Cédula: 1026586862  
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

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

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1024519876

EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA:      Dechos de la mujer - niños y niñas

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN :

¿Dónde come?                      Apetito :                      Deglución :                      Masticación :                      Ingesta :  
Alergia alimentaria :                      ¿Cual? :  
Intolerancia Alimentaria :                      ¿Cual? :  
Complementos y/o suplementos:    SI                      ¿Cual? :                      Frecuencia :

ANAMNESIS ALIMENTARIA:

ALIMENTOS RECHAZADOS:  
se inicia alimentación complementaria a los 2 meses, a los 3 meses realiza destete por rechazo del niño  
HABITO INTESTINAL:

RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:

DESAYUNO:  
NUEVES:  
ALMUERZO:  
ONCES:  
COMIDA:

ALIMENTOS PREFERIDOS:

FRECUENCIA DE CONSUMOS:

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

PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

1. Utilización de aceites vegetales en lugar de grasa de origen animal.
2. Consumo diario de frutas y verduras.
3. Consumo de lácteos o derivados: 500 a 750 ml diarios, dependiendo de la edad.
4. Fomentar el consumo de carne magra, con menor contenido de grasa: carne roja magra, pollo sin piel y pescado.
5. Aumentar la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos: arroz, cereales, harina de maíz, etcétera. Reducir el consumo de azúcares refinados.
6. Disminuir el consumo de sal.
7. Promover una comida variada a lo largo del día, incluyendo alimentos de todos los grupos.
8. Utilizar agua y no jugos o bebidas industrializadas en las comidas.
9. Limitar el uso de té, café, caldos, sopas, que sustituyen otros alimentos más nutritivos.
10. Realizar tres comidas diarias y dos refrigerios.
11. Evitar las ingestas entre horas.
12. Estimular que el niño coma por sí solo y con normas de higiene adecuadas.
13. Estimular la actividad física.
14. Mantener un peso saludable, estableciendo un equilibrio entre el aporte y el gasto energético.

PLAN :  
ftlc 1 sobre día  
CONTROL :

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL :

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	Presuntivo	True

Observaciones:

DEMANDA INDUCIDA

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

Profesional:                      TORRES MONTAÑEZ DAVID ESTEBAN  
Cédula:                              1026586862  
Especialidad                      NUTRICION Y DIETETICA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 3/06/2023 11:09:15 a. m. N° FOLIO: 23

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1012471284 IDENTIFICACION: 1012471284 EDAD: 4 Años / 1 Meses / 18 Días  
NOMBRE PACIENTE: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/2019 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CALLE 57 B 99 83 TELEFONO: 3212239117 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8847230 FECHA DE INGRESO: 3/06/2023 8:36:48 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: DIRECCION RESPONSABLE: TELEFONO RESPONSABLE:  
AREA DE SERVICIO: CENTRO ATENCIÓN: KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY FECHA HC: 3/06/2023 11:07:52 a. m.

NOTA ACLARATORIA: Se ajusta control en 8 dias por protocolo de dnt

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida\_Conсульта\_Externa  
Detalle Indicación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	1	control en 8 dias
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	1	control en 8 dias

Dieta:

Recomendaciones:

Actividad Física:

Pedir Cita: Días Cita con:

Sitio:

Profesional: TORRES MONTAÑEZ DAVID ESTEBAN  
Cédula: 1026586862  
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA



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

Fecha Actual : martes, 05 septiembre 2023  
Pagina 1/1

FECHA DE FOLIO: 14/06/2023 7:54:15 a. m. N° FOLIO:26

**DATOS DEL PACIENTE:**

N° HISTORIA CLINICA: 1012471284 Tipo\_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1012471284 EDAD: 4 Años / 1 Meses / 18 Días  
NOMBRE PACIENTE: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA FECHA DE NACIMIENTO:19/07/2019 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CALLE 57 B 99 83 TELEFONO:3212239117 PROCEDENCIA: BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

N° INGRESO: 8912282 FECHA DE INGRESO: 14/06/2023 7:11:46 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA DIRECCION RESPONSABLE: NULL TELEFONO RESPONSABLE: 45

☒ CONTROL ☒ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Nivel Educativo 1.PREESCOLAR

Etnia

6.NINGUNO DE  
LOS  
ANTERIORES

Discapacidad:

Responsable del paciente: VIVIANA COLINA

Responsable SI

Tel: 3118858352

Ocupación Escolarizado  
del paciente

Orientacion Sexual

Religion: 10.NINGUNA

Núcleo familiar : VIVE CON LA MADRE Y EL PADRASTRO

Procedencia :

ENFERMERDAD ACTUAL : PACIENTE DE 3 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD LA MADRE REFIERE4 SER REMITIDO PARA CONTROL DE4 NUTRICION POR  
MOTIVO DE CONSULTA: DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA  
NINGUNA

**ANTECEDENTES:**

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

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO ACTUAL: 12,90 kg PESO IDEAL: 14,2 Kg TALLA ACTUAL: 96,00 m TALLA IDEAL: 103, m  
000 0000  
Indice de Masa Corporal 0,00 Indice de Masa Corporal Ideal: 0,0000 Perimetro Cefalico Actual 49,00 Cm Perimetro Cefalico Ideal 50,00  
Actual:

**INDICACIONES ANTROPOMETRICAS:**

PESO/EDAD: -1.80 CLASIFICACION: Riesgo de peso bajo para la edad TALLA/EDAD: Riesgo de baja talla CLASIFICACION: Riesgo de baja talla  
PESO/TALLA: -1.30 CLASIFICACION: Riesgo de peso bajo para la talla Perimetro Cefalico/Edad: -0.79 Indice de Masa Corporal/Edad -1.14

**INTERPRETACION NUTRICIONAL:**

DXN NUTRICIONAL PACIENMTE DE 3 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD CON RIESGO DE BAJO PESWO PARA LA TALLA ACTUAL Y RIESGO DE BAJA TALLA PARA LA EDAD ,  
PESO 12.9 KG , TALLA 96 CM , PC 49 CM PB 14.5 , SE SIGUE PRESCRIBIENDO1 DIETA HIPERPROTEICA , HIPERCALORICA Y SE SIGUE SUMINISTRANDO PUMPLY NUT  
2 VECES AL DIA

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

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: 1024519876

LACTANCIA MATERNA: Recibió leche materna: SI 4 MESES  
S  
Recibe leche materna:  
EXCLUSIVA (Meses): 0,00  
COMPLEMENTARIA (Meses): 0,00  
Causa del destete :

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA:  
EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA:

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN :

¿Dónde come? Casa Y JARDIN      Apetito : Bueno      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:

COLADA

HABITO INTESTINAL:

NORMAL

RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:

DESAYUNO: CALDO HUEVO PAN CHOCOLATE  
NUEVES: AREPA , HUEVO  
ALMUERZO: PASTA CON CARNE , TAJADAS Y JUGO DE GUAYABA  
ONCES: NO  
COMIDA: AVENA

ALIMENTOS PREFERIDOS:

AVENA , CREMA DE ARROZ

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 :

1 MES

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]

# 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:** 1012471284 **FECHA DE FOLIO:** 29/06/2023 11:21:37 a. m. **N° FOLIO:** 28  
**Nombre Paciente:** LUIS ALFREDO COLINA GARCIA **Identificación:** 1012471284 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 19/julio/2019 **Edad Actual:** 4 Años / 1 Meses / 18 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CALLE 57 B 99 83 **Teléfono:** 3212239117  
**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 SUBSIDIADO - CS-AS-005-2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

#### DATOS DE LA ADMISIÓN:

**N° INGRESO:** 9012138 **FECHA DE INGRESO:** 29/06/2023 10:40:49 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra

**RESPONSABLE:** s **DIRECCION RESPONSABLE:** s **TELEFONO RESPONSABLE:** 1  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11A10 - MEDICINA GENERAL PATIO BONITO TINTAL

DATOS DEL PACIENTE	
TIPO DE CONSULTA	
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	
"consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia"	
MADRE: VIVIANA COLINA TEL 3118858352	
MENOR QUIEN INGRESA EN COMPAÑÍA DE SU ACUDIENTE PARA CONSULTA DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MATENIMIENTO DE LA SALUD ( CRECIMIENTO Y DESARROLLO ) ,	
ACTUALMENTE REFIERE QUE LO VE BIEN DE SALUD, NIEGA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A INFECCION O HALLAZGOS DE ALTERACION QUE SUPONGAN UNA ENFERMEDAD ,	
NIEGA NOXAS DE CONTAGIO PARA INFECCION ASOCIADA	
HABITOS INTESTINALES Y URINARIOS ADECUADOS	
EN EL MOMENTO REFIERE QUE TOLERA LA VIA ORAL ADECUADAMENTE	

TRAE 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	4	TALLA AL NACER	51
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							
NACIMIENTO VIA VAGINAL EUTOCICO A LAS 38 SEM NO HOSPITALIZAICON POSTERIOR							

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							
<b>LACTANCIA</b>							
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		EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			
CON QUÉ ALIMENTOS INICIÓ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA							

<b>ALIMENTACION</b>							
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO:		NO		SI ES MAYOR DE UN AÑO YA CONSUME LA DIETA FAMILIAR		SI	
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.							
LÍQUIDA SEMISÓLIDA BLANDA SÓLIDA NORMAL							
APETITO	NORMAL	DETALLE					
PROBLEMA EN EL HABITO ALIMENTARIO:							
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 Hábitos Alimentarios		COMO DE TODO LO QUE SE LE PREPARA , VALORADO POR NUTRICION Y SE LE DEJO PUMPLYNUT NO TOLERADO LE PRODUJO VOMITO					

<b>HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA</b>							
EL NIÑO DUERME SOLO	NO	CON QUIEN DUERME	CON LA MADRE	HORAS DE SUEÑO AL DIA	9,0000	HIGIENE BAÑO DIARIO	SI
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO				SI		CUALES:	
ESTABLECIMIENTO DE LIMITES Y NORMAS		SI		ACUDE AL JARDIN O AL COLEGIO		SI	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO				FORMA DE DISCIPLINAR			
EN JARDIN Y EN CASA				VERBAL PERO POCO CASO HACE A ORDENES SENCILLAS			
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR		DETALLE:		ESCOLARIZADO		CURSO ACTUAL	
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE		PERTENENCIA A PANDILLAS		DETALLE:			
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO		MATONEO		PROBLEMAS EN SOCIALIZACION			
COMUNICACION EFECTIVA		IMAGEN CORPORAL CONFORME		LESIONES AUTOINFLINGIDAS			
IDEACION SUICIDA		INTENTOS SUICIDAS					
OBSERVACIONES:							
NO APLICA PARA LA EDAD							

<b>CONTEXTO SOCIAL</b>								
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	1,0000	Quienes	TIA MATERNA		

HERMANOS VIVOS:		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	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
ALGUIEN CON PROBLEMAS DE SALUD:		NO	NACINAMIENTO:	NO	TIENE REDES DE APOYO FAMILIARES Y COMUNITARIAS		
CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:		NO					
OBSERVACIONES:							
HOGAR CON PADRES Y TIO MATERNO							

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS NO

<b>VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION</b>											
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES	60	
TUBERCULOSIS (BCG)	<input type="checkbox"/> RN								VACUNAS PENDIENTES		
HEPATITIS B (HB)	<input type="checkbox"/> RN								NO TIENE VACUNACION COVID		
POLIO ORAL (VOP)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	R1	<input type="checkbox"/>	R2	OBSERVACIONES		
POLIO INYECTABLE (VIP)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	R1	<input type="checkbox"/>	R2			
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	1	2	3							
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)	<input checked="" type="checkbox"/>	R1	<input type="checkbox"/>	R2							
ROTAVIRUS	<input type="checkbox"/>	1	2								
NEUMOCOCO	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	R1						
INFLUENZA	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	RA						

HEPATITIS A	<input 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 VITALES												
FC	115	FR	25	TA	1,000	1,000	TAM:		SAT. O2: %	98	PERIMETRO CEFALICO (Cm)	49
TEMP	35	TALLA	96	PESO ACTUAL (Kg)	13		IndiceMasaCorp:			14	PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)	15

**CABEZA Y CUELLO**

- ESTADO GENERAL: HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
- CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS.

**VALORACION VISUAL****NORMOCONFIGURADOS****EXAMEN EXTERNO****Otorrinonaringologico**

MUCOSA NASAL NORMAL - OTOSCOPIA NORMAL - MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA

**Cardio Pulmonar o Torax:**

- TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACO RITMICOS, TIRAJES INTERCOSTALES Y SUBCOSTALES BILATERALES, NO AUSCULTO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN MOVILIZACION DE SECRECIONES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

**Gastrointestinal y/o abdomen:**

- ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES.

**Extremidades y/o osteomuscular:**

- EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, EUTRODICAS, LLENADO DISTAL MENOR A DOS SEGUNDOS.

**Ginecológico y/o urinario:**

MASCULINOS NORMALES

**ESTADIO TANNER**

I

PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL NO

**Piel y faneras:**

SIN LESIONES

**Neurológico**

SIN DEFICIT APARENTE

**CUESTIONARIO VALE**

CALIFICACION Finalizada totalice las respuestas negativas y registre las a continuacion

**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	27	PUNTUACION DIRECTA	27	PUNTUACION DIRECTA	27	PUNTUACION DIRECTA	27
	AMARILLO		AMARILLO		AMARILLO		ROJO

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

**APGAR FAMILIAR**

Puntuacion:	20,000	INTERPRETACION APGAR FAMILIAR	Buena función familiar
-------------	--------	-------------------------------	------------------------

**ANALISIS Y PLAN DE MANEJO****ANALISIS**

MENOR CON ADECAUDO ESTADO DE SALUD, ACTUALMENTE SIN ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y CON ESTADO NUTRICIONAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES PARA LA EDAD , SE DEJAN PAUTAS DE CRIANZA - RECOMENDACIONES GENERALES COMO DIETARIAS - CUIDADOS EN CASA E INCENTIVACION A LA ESTIMULACION PARA SU DESARROLLO ADECUADO - SE DEJA LA IMPORTANCIA DE LOS ADECUADOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y DE HIGIENE PERSONAL ( BAÑO DIARIO Y MINIMO 3 VECES CEPILLADO DENTAL) - INCENTIVACION DEL DEPORTE O LUDICAS PARA EVITAR EL SEDENTARISMO . SE ENTREGAN CURVAS DE EVOLUCION DEL DESARROLLO DEL MENOR , ACUDIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**MEDIDAS**

PESO: 13

TALLA:96 \*\*\*\*\*RIESGO DE TALLA BAJA

IMC: 14.3

PC: 48.5

PB:15

REVISION DE CURVAS DEL CRECIMIENTO: Z SCORE

P/T: -1.05

P/ EDAD:-1.77

T/EDAD:-1.84\*\*\*\*\*RIESGO DE TALLA BAJA

IMC: -0.86

PC/EDAD:-1.15

PB/EDAD: -0.88

PROXIMO CONTROL	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA (18 A 23 MESES - 30 A 35 MESES Y 4 AÑOS)
-----------------	--

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS**

\*\*\*\*\*RIESGO DE TALLA BAJA

**PLAN DE MANEJO**

CONTORL EN 1 AÑO CON ENFERMERIA

SE DEJAN MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACION .

CERTIFICAICON CYD ESCOLAR

RECOMENDACIONES : LAS CUALES SE DEJAN AL ACUDIENTE

PRACTICAS DE CRIANZA BASADAS EN EL RESPETO POR LA INTEGRIDAD FISICA Y PSICOLOGICA DEL MENOR

PREVENCION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O EN CUAL QUIER AMBITO

ASISTENCIA DE SALUD ADECAUDA CONTROLES MEDICOS

ADECUADA MANIPULACION DE ALIMENTOS

HABITOS DE ASEO - BAÑOS DIARIOS Y CEPILLADO DENTAL MIN 3 VECES AL DIA

NO EXPOSICION AL HUMO DE TABACO - AMBIENTE DE BEBEDORES

INCENTIVAR LA PRACTICA DE DEPORTES

EVITAR SEDENTARISMO

EVITAR USO PROLONGADO DE CELULARES TABLETS O TELEVISION

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS:

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR (QUE RESPIRE RAPIDO, QUE LAS FOSAS NAALES SE CIERREN CUAND RESPIRA, QUE SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, SE LE UNDA EL PECHO O SE PONGA MORADO )
- o QUE VOMITE TODO LO QUE COMA, QUE NO QUIERA COMER O QUE EL ESTOMAGO SE AUMENTE MUCHO DE TAMAÑO ,
- o SI PRESENTA MAS DE 5 DEPOSICIONES EN 1 HORA,
- o QUE PRESENTE FIEBRE MEDIDA CON TERMOMETRO Y QUE ESTA SEA MAYOR DE 38.5°.
- o CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONCIENCIA OSEA QUE AL MOVERLO O ESTIMULARLO NO SE MUEVA.

SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR

- FIEBRE

- DOLOR DE GARGANTA

- QUE NO LE HUELA NADA - QUE NO LE SEPA NADA.

- TOS, MALESTAR GENERAL.

PREVENCION DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA COVID 19

CONOCE SINTOMAS DE COVID 19

LAVADO DE MANOS FRECUENTE POR 20 SEGUNDOS, NO TOCARSE LA CARA, SALUDAR SIN CONTACTO FISICO, USO DE TAPABOCAS EN CASO

DE AFECCION RESPIRATORIA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL

SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA COVID 19: FIEBRE TOS DOLOR DE GARGANTA DESALIENTO

CONTACTO DE PERSONA SOSPECHOSA DE COVID 19

CONSULTAR AL 123 SI HAY SINTOMAS SOSPECHOSOS

PERMANECER EN SU DOMICILIO

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	
2. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD	
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**

RECOMENDACIONES : LAS CUALES SE DEJAN AL ACUDIENTE  
 PRACTICAS DE CRIANZA BASADAS EN EL RESPETO POR LA INTEGRIDAD FISICA Y PSICOLOGICA DEL MENOR  
 PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O EN CUAL QUIER ÁMBITO  
 ASISTENCIA DE SALUD ADECUADA CONTROLES MÉDICOS  
 ADECUADA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS  
 HABITOS DE ASEO - BAÑOS DIARIOS Y CEPILLADO DENTAL MIN 3 VECES AL DÍA  
 NO EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO - AMBIENTE DE BEBEDORES  
 INCENTIVAR LA PRACTICA DE DEPORTES  
 EVITAR SEDENTARISMO  
 EVITAR USO PROLONGADO DE CELULARES TABLETS O TELEVISION

**RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS:**

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR (QUE RESPIRE RÁPIDO, QUE LAS FOSAS NAALES SE CIERREN CUAND RESPIRA, QUE SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, SE LE UNDA EL PECHO O SE PONGA MORADO )
- o QUE VOMITE TODO LO QUE COMA, QUE NO QUIERA COMER O QUE EL ESTOMAGO SE AUMENTE MUCHO DE TAMAÑO ,
- o SI PRESENTA MAS DE 5 DEPOSICIONES EN 1 HORA,
- o QUE PRESENTE FIEBRE MEDIDA CON TERMOMETRO Y QUE ESTA SEA MAYOR DE 38.5°,
- o CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONCIENCIA OSEA QUE AL MOVERLO O ESTIMULARLO NO SE MUEVA.

**SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS**

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- FIEBRE
- DOLOR DE GARGANTA
- QUE NO LE HUELA NADA - QUE NO LE SEPA NADA.
- TOS, MALESTAR GENERAL.

**PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA COVID 19**

CONOCE SINTOMAS DE COVID 19  
 LAVADO DE MANOS FRECUENTE POR 20 SEGUNDOS, NO TOCARSE LA CARA, SALUDAR SIN CONTACTO FÍSICO, USO DE TAPABOCAS EN CASO DE AFECCIÓN RESPIRATORIA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL  
 SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA COVID 19: FIEBRE TOS DOLOR DE GARGANTA DESALIENTO  
 CONTACTO DE PERSONA SOSPECHOSA DE COVID 19  
 CONSULTAR AL 123 SI HAY SINTOMAS SOSPECHOSOS  
 PERMANECER EN SU DOMICILIO

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES : LAS CUALES SE DEJAN AL ACUDIENTE  
 PRACTICAS DE CRIANZA BASADAS EN EL RESPETO POR LA INTEGRIDAD FISICA Y PSICOLOGICA DEL MENOR  
 PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O EN CUAL QUIER AMBITO  
 ASISTENCIA DE SALUD ADECUADA CONTROLES MEDICOS  
 ADECUADA MANIPULACION DE ALIMENTOS  
 HABITOS DE ASEO - BAÑOS DIARIOS Y CEPILLADO DENTAL MIN 3 VECES AL DIA  
 NO EXPOSICION AL HUMO DE TABACO - AMBIENTE DE BEBEDORES  
 INCENTIVAR LA PRACTICA DE DEPORTES  
 EVITAR SEDENTARISMO  
 EVITAR USO PROLONGADO DE CELULARES TABLETS O TELEVISION

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS:

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR (QUE RESPIRE RAPIDO, QUE LAS FOSAS NAALES SE CIERREN CUAND RESPIRA, QUE SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, SE LE UNDA EL PECHO O SE PONGA MORADO )
- o QUE VOMITE TODO LO QUE COMA, QUE NO QUIERA COMER O QUE EL ESTOMAGO SE AUMENTE MUCHO DE TAMAÑO ,
- o SI PRESENTA MAS DE 5 DEPOSICIONES EN 1 HORA,
- o QUE PRESENTE FIEBRE MEDIDA CON TERMOMETRO Y QUE ESTA SEA MAYOR DE 38.5°,
- o CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONCIENCIA OSEA QUE AL MOVERLO O ESTIMULARLO NO SE MUEVA.

SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- FIEBRE
- DOLOR DE GARGANTA
- QUE NO LE HUELA NADA - QUE NO LE SEPA NADA.
- TOS, MALESTAR GENERAL.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA COVID 19

CONOCE SINTOMAS DE COVID 19

LAVADO DE MANOS FRECUENTE POR 20 SEGUNDOS, NO TOCARSE LA CARA, SALUDAR SIN CONTACTO FISICO, USO DE TAPABOCAS EN CASO DE AFECCION RESPIRATORIA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL

SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA COVID 19: FIEBRE TOS DOLOR DE GARGANTA DESALIENTO

CONTACTO DE PERSONA SOSPECHOSA DE COVID 19

CONSULTAR AL 123 SI HAY SINTOMAS SOSPECHOSOS

PERMANECER EN SU DOMICILIO

## EDUCACIÓN

Signos de alarma  
 Alimentación perceptiva  
 Pautas de crianza  
 Higiene (baño, lavado de manos)  
 Vacunación  
 Prácticas de amor y afecto  
 Cuidado bucal  
 Suministro de micronutrientes

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
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		

## 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 checked="" type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	<input 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 checked="" 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 ≤ +2	Sobrepeso	False
≥ -1 a ≤ +1	IMC Adecuado para la Edad	False
≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	False
< -2	Delgadez	False

ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	14/11/2019	PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNO  PATOLOGICOS: NIEGA HOSPITALIZACIONES: NIEGA ALERGICOS: NIEGA TRAUMAS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA ALIMENTARIOS: LECHE Y MAIZENA **** NIEGA LACTANCIA MATERNA INMUNIZACIONES: COMPLETAS HASTA LOS 2 MESES (NO PRESENTA CARNET) FAMILIARES: NIEGA
Médicos	16/02/2021	ANOTADOS EN LA HC
Alérgicos	09/07/2021	NIEGA
Alérgicos	21/07/2021	NIEGA
Médicos	10/06/2023	NIEGA
Médicos	10/06/2023	NIEGA
Otros	29/06/2023	CYD 3 AÑOS MEDICINA GENERAL
Médicos	08/08/2023	PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNO PATOLOGICOS: DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA MANEJO CON PUMPLY NUT 1 SOBRE AL DIA HOSPITALIZACIONES: GASTROENTERITIS A LOS 3 MESES. ALERGICOS: NIEGA TRAUMAS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA INMUNIZACIONES: COMPLETO PARA LA EDAD (NO PRESENTA CARNET) FAMILIARES: NIEGA
Otros	09/08/2023	ESCALA DE RIESGO DE CAIDA

#### 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	DOSIS UNICA - OFRECER EL CONTENIDO DE LAS 4 CAPSULAS EN UNA BEBIDA --
1	ALBENDAZOL 100MG/5ML (2%) SUSPENSION ORAL/20 ML	DOSIS UNICA CADA 6 MESES
1	HIERRO (FERROSO) SULFATO 2,5G/100 - 120 ML SOLUCION ORAL	1 CC VO CADA DIA - BUEN CEPILLADO DESPUES DE LA ADMINISTRACION

INDICACIONES MEDICAS	
Tipo Indicación:	Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación: MENOR CON ADECAUDO ESTADO DE SALUD, ACTUALMENTE SIN ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y CON ESTADO NUTRICIONAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES PARA LA EDAD , SE DEJAN PAUTAS DE CRIANZA - RECOMENDACIONES GENERALES COMO DIETARIAS - CUIDADOS EN CASA E INCENTIVACION A LA ESTIMULACION PARA SU DESARROLLO ADECUADO - SE DEJA LA IMPORTANCIA DE LOS ADECUADOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y DE HIGIENE PERSONAL ( BAÑO DIARIO Y MINIMO 3 VECES CEPILLADO DENTAL) - INCENTIVACION DEL DEPORTE O LUDICAS PARA EVITAR EL SEDENTARISMO . SE ENTREGAN CURVAS DE EVOLUCION DEL DESARROLLO DEL MENOR , ACUDIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.MEDIDASPESO: 13TALLA:96 \*\*\*\*\*RIESGO DE TALLA BAJA IMC: 14.3PC: 48.5PB:15 REVISION DE CURVAS DEL CRECIMIENTO: Z SCOREP/T: -1.05P/ EDAD:-1.77T/EDAD:-1.84\*\*\*\*\*RIESGO DE TALLA BAJA IMC: -0.86PC/EDAD:-1.15PB/EDAD: -0.88




---

Profesional: IBÁÑEZ LEON YELITHZA LILIANA  
Cédula: 52935168  
Tipo Medico: Medico\_General

Usuario: 1024519876  
Nombre reporte : HCRPHistoBase



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

DATOS DEL PACIENTE

1012471284

Nombre Paciente:

LUIS ALFREDO COLINA GARCIA

Tipo Doc:

RegistroCívil

Identificación:

1012471284

Sexo:

Masculino

Fecha Nacimiento:

19/julio/2019

Edad Actual:

4 Años / 1 Meses / 18 Días

Estado Civil:

Soltero

Dirección:

CALLE 57 B 99 83

Teléfono:

3212239117

Procedencia:

BOGOTA

Ocupación:

Entidad:

CAPITAL SALUD

Régimen:

Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios:

EPS CAPITAL SALUD PYD SUBSIDIADO - CS-AS-005-2023

Nivel - Estrato:

SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:

9256777

FECHA DE INGRESO:

8/08/2023 1:32:39 p. m.

FINALIDAD CONSULTA:

No\_Aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad\_General

RESPONSABLE:

VIVIANA COLINA

DIRECCION RESPONSABLE:

PALMITAS

RELIGION

CENTRO DE ATENCIÓN:

KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO:

KE11B05 - URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL

TRIAGE:

1121631

Fecha Triage:

8/08/2023 1:22:45 p. m.

003 - III URGENCIA (REQUIERE MEDIDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN URGENCIAS)ATENCION 180 MIN

NOMBRE ACUDIENTE

TELEFONO ACUDIENTE

RESPONSABLE

NIVEL EDUCATIVO

ETNIA

DISCAPACIDAD

TIPO DISCAPACIDAD

Tipo de Consulta

Resolutivo

Acompañante:

Fecha Ingreso a Consulta

8/08/2023 15:03:08

MADRE - VIVIANA COLINA

Discapacidad

NO

Telefono:

3118858352

Tipo Discapacidad

NINGUNA

Asintomático Respiratorio:

No

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

8/08/2023 3:26:03 p. m.

martes, 8 de agosto de 2023 3:03:14 p. m.

MC: "VOMITO Y DIARREA"

EA: PREESCOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO ULTIMO AYER EN LA NOCHE, ASOCIADO A DEPOSICIONES DIARREICAS ENTERIFORMES HOY # 2 DEPOSICIONES, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO INTERMITENTE, REFIERE HPOREXIA PARA SOLIDOS, PRESENTO PICOS FEBRILES AISLADOS ULTIMO HACE 2 DIAS, MADRE MANEJA EN CASA CON ACETAMINOFEN Y METRONIDAZOL ADMINISTRO 2 DOSIS DE 2.5 ML, CONSULTA PARA VALORACIÓN MÉDICA. NOXA DE CONTAGIO: INGRESA A JARDIN HACE 1 SEMANA.

REVISION POR SISTEMA

Organos de los Sentidos

NIEGA

GastroIntestinal

-

Genito Urinario

-

Piel Faneras

Cardiopulmanar

Musculo Esqueletico

Neurologico

SIGNOS VITALES

ASPECTO GENERAL AL INGRESO

BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, DESHIDRATADO GRADO 1, EUPNEICO.

TAMIZAJE: P/T: -2.14 DS, P/E: -2.31 DS, T/E: -1.59 DS. - PERIMETRO BRAQUIAL: 13.5 CM

Frecuencia Respiratoria	26	Tension Arterai	94/56	FrecuenciaCardiaca	114	TALLA	97,0	PESO	12.3	GLASGOW	15/15
							000				
Temperatura	35.9	Fracción Inspirada de Oxigeno	21	Saturación	96						







SATURACION 96

PROCEDIMIENTO

NO

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 checked="" 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**

-CC/ NORMOCÉFALO, NO MASAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORA NORMORREACTIVA A LA LUZ, MUCOSA ORAL SEMISECA, OROFARINGE SIN LESIONES, RINOSCOPIA NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS. - CP/ TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, LIGERA TAQUICARDIA, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PATOLÓGICOS. - ABD/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE EN 4 CUADRANTES. - G/U/ NO EVALUADO. - PIEL/ SIN LESIONES- EXT/ EUTRÓFICAS, NO EDEMAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. - SNC/ ALERTA, ACTIVO, GLASGOW 15/15, INTERACCIONA CON EL EXAMINADOR, SIMETRÍA FACIAL, TONO Y TROFISMO CONSERVADOS. NO DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO EVIDENTE, NO FOCALIZACIONES, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

**CARDIOPULMONAR**

NORMAL

**ABDOMEN**

NORMAL

**GENITOURINARIO**

NORMAL

**EXTREMIDADES**

NORMAL

**PIEL Y FANERAS**

NORMAL

**NEUROLOGICO**

NORMAL

**ANALISIS DE LA INFORMACION**

LUIS ALFREDO, PREESCOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DESNUTRICION EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR NUTRICION EN MANEJO CON PUMPLY NUT ULTIMA VALORACION EN JUNIO/23 CON P/T -1.3 DS, CON CUADRO CLINICO DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO ULTIMO AYER EN LA NOCHE, ASOCIADO A DEPOSICIONES DIARREICAS ENTERIFORMES HOY # 2 DEPOSICIONES, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO INTERMITENTE, REFIERE HPOREXIA PARA SOLIDOS, PRESENTE PICOS FEBRILES AISLADOS ULTIMO HACE 2 DIAS, MADRE MANEJA EN CASA CON ACETAMINOFEN Y METRONIDAZOL ADMINISTRO 2 DOSIS DE 2.5 ML, CONSULTA PARA VALORACIÓN MÉDICA. NOXA DE CONTAGIO: INGRESA A JARDIN HACE 1 SEMANA. AL EXAMEN FÍSICO AFEBRIL, DESHIDRATADO GRADO 1, EUPNEICO, NO SIRS, NO SDRA, OXIMETRÍAS DINÁMICAS ADECUADAS A FIO2 AMBIENTE, NO AGREGADOS PULMONARES, NO ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO. CONSIDERO PACINETE CON GASTROENTERITIS VIRAL CON DESHIDRATACIÓN GRADO 1, A LA VALORACION ANTROPOMETRICA EN DESNUTRICION MODERADA SIN EMBARGO ESTA MEDICION NO ES FIABLE DADO ESTADO DE HIDRATACION ACTUAL, SE DECIDE INGRESAR PARA FLUIDOTERAPIA, INICIO DE ZINC, TOMA DE GLICEMIA, CH, PCR E IONOGRAMA, SE RETAMIZARA POSTERIOR A HIDRATACION POR SERVICIO DE NUTRICION PARA DEFINIR NECESIDAD DE ACTIVAR RUTA, EXPLICO A MADRE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PLAN DE MANEJO**

IDX: 1. DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA?? (DEBE SER RETAMIZADO POSTERIOR A HIDRATACIÓN PARA CONFIRMAR DIAGNOSTICO)2. GASTROENTERITIS VIRAL DE BAJO GASTO2.1 DESHIDRATACIÓN GRADO 1 3. SINDROME FEBRIL ASOCIADO.4. PAI COMPLETO PARA LA EDADPLAN: - OBSERVACIÓN PEDIATRÍA- DIETA ASTRINGENTE- LACTATO DE RINGER PASAR A 65 ML/H- SULFATO DE ZINC SUSP. 2/1: DAR 5 ML VIA ORAL CADA 12 HORAS- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL A LIBRE DEMANDA- SS/ GLICEMIA, CH, PCR, IONOGRAMA. - VIGILAR GASTO FECAL Y TOLERANCIA ORAL- SS/ VALORACION POR NUTRICIÓN. - CSV/AC

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

#### ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO APLICA
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	NO APLICA
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

#### 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	SI	PRIMERA INFANCIA
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

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

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

ANTECEDENTES

Médicos	14/11/2019 6:08:22 p.m.	PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNOPATOLOGICOS: NIEGAHOSPITALIZACIONES: NIEGAALERGICOS: NIEGATRAUMAS: NIEGAQUIRURGICOS: NIEGAALIMENTARIOS: LECHE Y MAIZENA **** NIEGA LACTANCIA MATERNAINMUNIZACIONES: COMPLETAS HASTA LOS 2 MESES (NO PRESENTA CARNET)FAMILIARES: NIEGA
Médicos	16/02/2021 8:56:13 a.m.	ANOTADOS EN LA HC
Alérgicos	9/07/2021 11:59:09 a.m.	NIEGA
Alérgicos	21/07/2021 2:50:29 p.m.	NIEGA
Médicos	10/06/2023 3:45:03 p.m.	NIEGA
Médicos	10/06/2023 3:52:39 p.m.	NIEGA
Otros	29/06/2023 11:21:38 a. m.	CYD 3 AÑOS MEDICINA GENERAL
Médicos	8/08/2023 3:26:03 p.m.	PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNOPATOLOGICOS: DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA MANEJO CON PUMPLY NUT 1 SOBRE AL DIAHOSPITALIZACIONES: GASTROENTERITIS A LOS 3 MESES. ALERGICOS: NIEGATRAUMAS: NIEGAQUIRURGICOS: NIEGAINMUNIZACIONES: COMPLETO PARA LA EDAD (NO PRESENTA CARNET)FAMILIARES: NIEGA
Otros	9/08/2023 9:00:28 a.m.	ESCALA DE RIESGO DE CAIDA

Fumador	Medida Fumador	<input type="checkbox"/> F	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	<input type="checkbox"/> f	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	<input type="checkbox"/> F	Exposición al Humo	<input type="checkbox"/> F	Tiempo de Exposición	Mascotas en Casa	<input type="checkbox"/> f
Sustancias	label98	Medida Sustancias	<input type="checkbox"/> F	Tiempo Sustancias		

DIAGNOSTICOS

SE REALIZO PROCEDIMIENTO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

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
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA		Ppal. <input type="checkbox"/> Folio

PROCEDIMIENTOS

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

FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	- LACTATO DE RINGER PASAR A 65 ML/H	3

SOLICITUD DE EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
SULFATO DE ZINC 2 MG/ML SUSPENSION ORAL X 120 ML	- SULFATO DE ZINC SUSP. 2/1: DAR 5 ML VIA ORAL CADA 12 HORAS		1

SOLICITUD DE EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
ACETAMINOFEN 150 MG/5ML (10MG/ML) SOLUCION ORAL FRASCO X 100 ML	- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR		1

SOLICITUD DE EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
SALES DE REHIDRATACION POLVO ORAL SOBRE 20.681 G	- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL A LIBRE DEMANDA		1

SOLICITUD DE EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
903841	903841 - GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		1

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	
903605	903605 - IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación	
902210	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1

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

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo	Detalle Indicación
906913	906913 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

1

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo	Detalle Indicación
Urgencias_Observacion	<p>IDX:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA?? (DEBE SER RETAMIZADO POSTERIOR A HIDRATACIÓN PARA CONFIRMAR DIAGNOSTICO)</li><li>2. GASTROENTERITIS VIRAL DE BAJO GASTO</li><li>2.1 DESHIDRATACIÓN GRADO 1</li><li>3. SINDROME FEBRIL ASOCIADO.</li><li>4. PAI COMPLETO PARA LA EDAD</li></ol> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- OBSERVACIÓN PEDIATRÍA</li><li>- DIETA ASTRINGENTE</li><li>- LACTATO DE RINGER PASAR A 65 ML/H</li><li>- SULFATO DE ZINC SUSP. 2/1: DAR 5 ML VIA ORAL CADA 12 HORAS</li><li>- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR</li><li>- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL A LIBRE DEMANDA</li><li>- SS/ GLICEMIA, CH, PCR, IONOGRAMA.</li><li>- VIGILAR GASTO FECAL Y TOLERANCIA ORAL</li><li>- SS/ VALORACION POR NUTRICIÓN.</li><li>- CSV/AC</li></ul>

Médico	LUIS HERNANDO RIAÑO LOPEZ
Identificación	1015438136
Registro Médico	1015438136
Especialidad	PEDIATRIA

Firma:







## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

## ESE

## HISTORIA CLÍNICA

## EVOLUCION HOSPITALIZACION

## DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 8/08/2023 5:48:01 p. m.

Nº FOLIO: 34

Nombre Paciente: COLINA GARCIA LUIS ALFREDO

Identificación: 1012471284

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 19/julio/2019 Edad Actual: 4 Años / 1 Meses / 18 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 57 B 99 83

Teléfono: 3212239117

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

## DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITAL SALUD

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 9256777

FECHA DE INGRESO: 8/08/2023 1:32:39 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

RESPONSABLE: VIVIANA COLINA

DIRECCION RESPONSABLE: PALMITAS

TELEFONO RESPONSABLE: 3118858352

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO: KE11B02 - OBSERVACIÓN PATIO BONITO TINTAL

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

## DIAGNOSTICO MEDICO:

PACIENTE DE 4 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

IDX:

1. DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA?? (DEBE SER RETAMIZADO POSTERIOR A HIDRATACIÓN PARA CONFIRMAR DIAGNOSTICO)
2. GASTROENTERITIS VIRAL DE BAJO GASTO
- 2.1 DESHIDRATACIÓN GRADO 1 EN RESOLUCION
3. SINDROME FEBRIL ASOCIADO.
4. PAI COMPLETO PARA LA EDAD

## SUBJETIVO

PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO NUEVAS DEPOSICIONES DIARREICAS NI CON SANGRE, TOLERA VIA ORAL, NIEGA EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PICOS FEBRILES, DIURESIS SIN ALTERACIONES

## SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	35,9000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	91,0000	SATURACION DE OXIGENO	96,0000	TENSION NARTERIA L	94,0000 / 56,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	68,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	23,000	FRECUENCIA CARDIACA	114,000	TALLA (Centimetros)	97,0000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	12,3000	INDICE DE MASA CORPORAL	13,0700
								GLASGOW	15

## OBJETIVO

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, LEVEMENTE DESHIDRATADO, AFEBRIL NORMOCÉFALO, NO MASAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORA NORMORREACTIVA A LA LUZ, MUCOSA ORAL SEMISECA, OROFARINGE SIN LESIONES, RINOSCOPIA NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, LIGERA TAQUICARDIA, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PATOLÓGICOS. ABDEOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE EN 4 CUADRANTES. GENITOURINARIO NO EVALUADO. PIEL SIN LESIONES. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, NO EDEMAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. NEUROLÓGICO: ALERTA, ACTIVO, GLASGOW 15/15, INTERACCIONA CON EL EXAMINADOR, SIMETRÍA FACIAL, TONO Y TROFISMO CONSERVADOS. NO DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO EVIDENTE, NO FOCALIZACIONES, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

## RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

08/08/23 LEUCOS: 5690; N: 1070 (18.8%); L: 3710 (65.2); HB: 13.6; 38.9; PLQ: 415000; NA:: 139; K: 4.1; CL:106; CA: 1.17

## ANALISIS

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DESNUTRICION EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR NUTRICION EN MANEJO CON PUMPLY NUT ULTIMA VALORACION EN JUNIO/23 CON P/T -1.3 DS, QUIEN INGRESA POR CUADRO DE GASTROENTERITIS VIRAL DE BAJO GASTO Y DESHIDRATACION GRADO I ASOCIADA. AL EXAMEN FÍSICO AFEBRIL, DESHIDRATADO GRADO 1, EUPNEICO, NO SIRS, NO SDRA, OXIMETRÍAS DINÁMICAS ADECUADAS A FIO2 AMBIENTE, NO AGREGADOS PULMONARES, NO ABDOMEN AGUDO, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO. CONSIDERO PACINETE CON GASTROENTERITIS VIRAL CON DESHIDRATACIÓN GRADO I, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN FISICO. CUENTA CON HEMOGRAMA CON LINFOCITOSIS, SIN EMBARGO NO LEUCOCITOSIS, NO ALTERACION DE DEMAS LINEAS CELULARES, EN EQUILIBRIO ELECTROLITICO. SE ENCUENTRA PENDIENTE PCR Y GLICEMIA ASI COMO VALORACION POR NUTRICION. SE CONSIDERA EN EL MOMENTO PACIENTE DEBE SER HOSPITALIZADO EN PISOS DE PEDIATRIA PARA CONTINUAR VIGILANCIA

CLINICA DE GASTROENTERITIS Y CONTROL DE GANANCIA PONDERADA. SEGUN CONCEPTO DE NUTRICION SE DEFINIRAN CONDUCTAS ADICIONALES, EN EL MOMENTO CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE EXPLICA A AFAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN**

**NO APLICA**

**SALE CON CITA DE CPN**

**NO APLICA**

#### PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN:

- HOSPITALIZAR PEDIATRÍA
- DIETA ASTRINGENTE
- LACTATO DE RINGER PASAR A 65 ML/H
- SULFATO DE ZINC SUSP. 2/1: DAR 5 ML VIA ORAL CADA 12 HORAS
- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR
- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL A LIBRE DEMANDA
- P/ GLICEMIA Y PCR
- VIGILAR GASTO FECAL Y TOLERANCIA ORAL
- P/ VALORACION POR NUTRICIÓN.
- CSV/AC

#### 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	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

**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.

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).

NUMERO MIPRES.

#### RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.

NO

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

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	SI	INFANCIA
RUTA MATERNO PERINATAL	NO	
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABOLICA	NO	
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	NO	
RUTA CANCER	NO	
RUTA SALUD MENTAL	NO	
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS	NO	
CANALIZACION PIC	NO	
INFANCIA		

## DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

### INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación:	<b>Hospitalizacion</b>
Detalle Indicación:	PLAN: - HOSPITALIZAR PEDIATRÍA- DIETA ASTRINGENTE- LACTATO DE RINGER PASAR A 65 ML/H- SULFATO DE ZINC SUSP. 2/1: DAR 5 ML VIA ORAL CADA 12 HORAS- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL A LIBRE DEMANDA- P/ GLICEMIA Y PCR- VIGILAR GASTO FECAL Y TOLERANCIA ORAL- P/ VALORACION POR NUTRICIÓN. - CSV/AC

ENGARCG

Nombre Medico: CASTRO GARCIA EDGAR  
Registro: 1116781300  
Especialidad: PEDIATRIA

ENGARCG

Nombre Medico: EDGAR CASTRO GARCIA  
Registro: 1116781300  
Especialidad: PEDIATRIA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA**

**DATOS DEL PACIENTE**

Nº Historia Clínica:

Nombre Paciente: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA

Fecha Nacimiento: 19/julio/2019 Edad Actual:

Dirección: CALLE 57 B 99 83

Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 8/08/2023 10:31:04 p. m. N° FOLIO: 35

Identificación: 1012471284

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3212239117

Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: CAPITAL SALUD

Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PYD SUBSIDIADO - CS-AS-005-2023

Régimen: Regimen\_Simplificado

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

Nº INGRESO: 9256777

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

RESPONSABLE: VIVIANA COLINA

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE INGRESO: 8/08/2023 1:32:39 p. m.

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

DIRECCION RESPONSABLE: PALMITAS

ÁREA DE SERVICIO: KE11B02 - OBSERVACIÓN PATIO BONITO TINTAL

TELEFONO RESPONSABLE:3118858352

**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (MENOR DE 15 AÑOS)**

EDAD	
RECÉN NACIDO (0-27 DÍAS)	0,0000
LACTANTE MENOR (28 DÍAS A 11 MESES Y 29 DÍAS)	0,0000
LACTANTE MAYOR (1 AÑO HASTA 1 AÑO 11 MESES Y 29 DÍAS)	0,0000
PRE ESCOLAR (2-5 AÑOS)	3,0000
ESCOLAR (5-15 AÑOS)	0,0000

OTROS ANTECEDENTES	
NINGUNO	0,0000
HIPERACTIVIDAD	0,0000
PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	0,0000
SÍNDROME CONVULSIVO	0,0000
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL	0,0000
OTROS	0,0000

TIENE HISTORIAL DE CAIDAS PREVIAS:	0,0000
------------------------------------	--------

COMPROMISO DE CONCIENCIA	0,0000
--------------------------	--------

TOTAL PUNTOS	3,0000
--------------	--------

CLASIFICACIÓN RIESGO	RIESGO ALTO
----------------------	-------------

ALERGIAS:	NO
-----------	----

**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

MOVILIDAD	
COMPLETAMENTE INMOVIL	0,0000
MUY LIMITADA	0,0000
LIGERAMENTE LIMITADA	0,0000
SIN LIMITACIONES	4,0000

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	0,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	4,0000

PERCEPCIÓN SENSORIAL	
COMPLETAMENTE LIMITADA	0,0000
MUY LIMITADA	0,0000
LIGERAMENTE LIMITADA	0,0000
SIN LIMITACIONES	4,0000

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	
PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA	0,0000
PIEL MUY HÚMEDA	0,0000
PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA	0,0000
PIEL RARAMENTE HÚMEDA	4,0000

FRICCIÓN Y ROCE	
PROBLEMA SIGNIFICATIVO	0,0000
PROBLEMA	0,0000
PROBLEMA POTENCIAL	3,0000
SIN PROBLEMA APARENTE	0,0000

NUTRICIÓN	
MUY POBRE	0,0000
INADECUADA	0,0000
ADECUADA	3,0000
EXCELENTE	0,0000

PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	
MUY COMPROMETIDA	0,0000
COMPROMETIDA	0,0000
ADECUADA	3,0000
EXCELENTE	0,0000

TOTAL PUNTOS	0,0000
--------------	--------

CLASIFICACIÓN RIESGO	RIESGO ALTO
----------------------	-------------

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

FIRMA

Cuidados de la Piel

1- Revise diariamente el estado de la piel (evalue sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).

- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.
- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

- 1- Realice rotación programada, cumpla con el "reloj de cambio de posición" cada 2 horas o menos en pacientes de alto riesgo.
- 2- Fomente la movilidad y actividad, si no hay contraindicación. Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- 3- Eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (en decubito lateral no sobrepase 30°) excepto en UCI hasta 45°.
- 4- Brinde instrucción a la familia acerca de las medidas (explicando la importancia de la hidratación de la piel).

#### Control del Exceso de Humedad

- 1- Mantenga la cama limpia, seca y sin arrugas. Valore y trate los procesos como incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- 2- Utilice colectores de tamaño adecuado, teniendo cuidado con las fijaciones.
- 3- Realice el cambio de pañal a necesidad.

ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	14/11/2019	PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNO  PATOLOGICOS: NIEGA HOSPITALIZACIONES: NIEGA ALERGICOS: NIEGA TRAUMAS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA ALIMENTARIOS: LECHE Y MAIZENA **** NIEGA LACTANCIA MATERNA INMUNIZACIONES: COMPLETAS HASTA LOS 2 MESES (NO PRESENTA CARNET) FAMILIARES: NIEGA
Médicos	16/02/2021	ANOTADOS EN LA HC
Alérgicos	09/07/2021	NIEGA
Alérgicos	21/07/2021	NIEGA
Médicos	10/06/2023	NIEGA
Médicos	10/06/2023	NIEGA
Otros	29/06/2023	CYD 3 AÑOS MEDICINA GENERAL
Médicos	08/08/2023	PERINATALES: PRODUCTO DE 1 GESTACION A TERMINO DE 37 SEMANAS VAGINAL, PAN Y TAN NO RECUERDA (REFIERE ADECUADO PESO), STORCH NEGATIVOS, EGRESO AL LADO MATERNO PATOLOGICOS: DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA MANEJO CON PUMPLY NUT 1 SOBRE AL DIA HOSPITALIZACIONES: GASTROENTERITIS A LOS 3 MESES. ALERGICOS: NIEGA TRAUMAS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA INMUNIZACIONES: COMPLETO PARA LA EDAD (NO PRESENTA CARNET) FAMILIARES: NIEGA
Otros	09/08/2023	ESCALA DE RIESGO DE CAIDA

#### INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Remision

Detalle Indicación:

Sofia Garcia A.

Profesional: GARCIA ARDILA JENNY SOFIA  
 Cédula: 1030604185  
 Tipo Medico: Enfermera

Usuario: 1024519876  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

## ESE

## HISTORIA CLÍNICA

## EVOLUCION HOSPITALIZACION

## DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 9/08/2023 11:50:50 a. m. N° FOLIO: 37

Nombre Paciente: COLINA GARCIA LUIS ALFREDO

Identificación: 1012471284

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 19/julio/2019 Edad Actual: 4 Años / 1 Meses / 18 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 57 B 99 83

Teléfono: 3212239117

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

## DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITAL SALUD

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 9256777

FECHA DE INGRESO: 8/08/2023 1:32:39 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

RESPONSABLE: VIVIANA COLINA

DIRECCION RESPONSABLE: PALMITAS

TELEFONO RESPONSABLE: 3118858352

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO: KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

## DIAGNOSTICO MEDICO:

\*\*\*\*\*EVOLUCIÓN PEDIATRIA PISO\*\*\*\*\*

FECHA DE INGRESO: 08/08/2023

PACIENTE DE 4 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

1. GASTROENTERITIS VIRAL DE BAJO GASTO
2. SINDROME FEBRIL ASOCIADO.
4. ANTECEDENTE DE DESNUTRICIÓN PROTEICO CALORICA EN SEGUIMINETO DE FORMA AMBULATORIA -
5. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: P/T: -1-03 DS - RIESGO DE DESNUTRICIÓN

## SUBJETIVO

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFEIRE VERLO BIEN, MEJORIA CLINICA, TOLERANDO VIA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES SIN ALTERACIONES, NIEGA VOMITOS, NIEGA PICOS FEBRILES. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

## SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	35,9000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	91,0000	SATURACION DE OXIGENO	96,0000	TENSION NARTERIA L	94,0000 / 56,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	68,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	23,000	FRECUENCIA CARDIACA	114,000	TALLA (Centimetros)	97,0000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	12,3000	INDICE DE MASA CORPORAL	13,0700
								GLASGOW	15

## OBJETIVO

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, LEVEMENTE DESHIDRATADO, AFEBRIL  
 NORMOCÉFALO, NO MASAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORA NORMORREACTIVA A LA LUZ, MUCOSA ORAL SEMISECA  
 CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS.  
 TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, LIGERA TAQUICARDIA, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PATOLÓGICOS.  
 ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE EN 4 CUADRANTES.  
 GENITOURINARIO NO EVALUADO.  
 PIEL SIN LESIONES  
 EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, NO EDEMAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS.  
 NEUROLOGICO: ALERTA, ACTIVO, GLASGOW 15/15, INTERACCIONA CON EL EXAMINADOR, SIMETRÍA FACIAL, TONO Y TROFISMO CONSERVADOS.  
 NO DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO EVIDENTE, NO FOCALIZACIONES, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

## RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

08/08/2023

GLICEMIA: 92

PCR: 0.110

ELECTROLITOS: SODIO: 139 – POTASIO: 4.1 – CLORO: 106

CUADRO HEMATICO: LEUCOCITOS: 5.690 – HB: 13.6 – HCTO: 38.9% - PLAQUETAS: 415.000 – NEUTROFILOS: 18.8% - LINFOCITOS: 65.2%

## ANALISIS

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DESNUTRICION EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR NUTRICION EN MANEJO CON PUMPLY NUT ULTIMA VALORACION EN JUNIO/23 CON P/T -1.3 DS, AL DIA DE HOY CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN. SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO BAJO CONTEXTO DE GASTROENTERITIS DE ORIGEN VIRAL. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADOL, AFEBRIL, SIN REQUERIMIENTO DE OXIGENO. AL EXAMEN FISICO CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS NORMALES, A LA AUSCULTACIÓN SIN EVIDENCIA DE SOPLOS O SOBREAgregados PULMONARES. CUADRO HEMATICO CON LEUCOCITOSIS

PERO CON AUMENTO DE LINFOCITOS, PCR NEGATIVA, ELECTROLITOS DENTRO DE RANGOS NORMALES, MADRE ADEMÁS REFIERE SÍNTOMAS INTERCRÍTICOS (CON FRÍO Y CON EJERCICIO) . POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA QUE PACIENTE CURSA CON CUADRO DE GASTROENTERITIS VIRAL EN RESOLUCIÓN, SIN INDICACIÓN DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE DECIDE DAR EGRESO, CONTINUA MANEJO CON SULFATO DE ZINC COMPLETAR 14 DÍAS, ADEMÁS DE ACETAMINOFEN EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE, DIETA ASTRINGENTE, ADEMÁS SE DA EGRESO CON ANTIHISTAMÍNICO PARA CONTROL DE SÍNTOMAS INTERCRÍTICOS, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA A LA MADRE EN LENGUAJE CLARO Y POCO TÉCNICO. SE EXPLICA CONDUCTA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN****NO APLICA****SALE CON CITA DE CPN****NO APLICA****PLAN DE TRATAMIENTO**

- EGRESO
- DIETA ASTRINGENTE HASTAS COMPLETA RESOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO
- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VÍA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR
- SULFATO DE ZINC SUSP. DAR 5 ML VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 2 SEMANAS
- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SUERO): DAR A LIBRE DEMANDA OFRECER CONSTANTEMENTE
- CITA CONTROL PEDIATRÍA
- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES

\*DEBE DAR SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL "SUERO" (PREFERIBLEMENTE PEDIALYTE 60 O HYDRAPLUS 75 YA QUE SON MEJOR TOLERADOS POR LOS NIÑOS), OFRECER FRECUENTEMENTE E INCREMENTAR SU CONSUMO POSTERIOR A CADA EPISODIO DE VÓMITO Y/O DIARREA.

\*IMPLEMENTAR EN CASA LAVADO DE MANOS CONSTANTE POSTERIOR A USO DEL BAÑO.

\*LAVAR ADECUADAMENTE Y CON AGUA HERVIDA FRUTAS Y VERDURAS ANTES DE SU CONSUMO.

\*DESINFECTA INODOROS Y JUGUETES DEL NIÑO

\*EVITAR EL USO DE MEDICAMENTOS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADOS POR SU MÉDICO (LOS MEDICAMENTOS CONTRA EL VÓMITO O CONTRA LA DIARREA ESTÁN CONTRAINDICADOS EN NIÑOS, PUEDE EMPEORAR EL CUADRO Y PONER EN RIESGO LA SALUD DE SU HIJO)

\*SEGUIR DIETA ASTRINGENTE ASÍ: CONTÍNE LA ALIMENTACIÓN TENIENDO EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES POR LA DIARREA Y EL VÓMITO. RECUERDE QUE EL EPISODIO DE DIARREA NO ES UN BUEN MOMENTO PARA ADECUAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, ES PREFERIBLE NO HACER CAMBIOS HASTA QUE EL NIÑO MEJORE Y PERMITIRLE QUE RECIBA LOS ALIMENTOS QUE MÁS LE PROVOQUEN, EXCEPTO LOS RESTRINGIDOS POR LA ENFERMEDAD. NO CONSUMIR AZÚCAR MIEL NI AGUAPANELA, NO DAR GELATINAS (ROYAL, GEL HADA, ETC.) O "JUGOS" DE SOBRE (CLIGHT, FRUTO, ETC.), NO AÑADIR CONDIMENTOS A LOS ALIMENTOS DEL NIÑO (CUBOS MAGGI, KNORR O SOPAS O CREMAS DE SOBRE), RECUERDE QUE LOS MENORES DE 1 AÑO NO DEBEN AUN CONSUMIR SAL NI AZÚCAR AÑADIDA EN SUS COMIDAS, NO DAR ALIMENTOS FRITOS, COMIDAS DE PAQUETE NI COMIDAS RÁPIDAS, EVITAR EMBUTIDOS Y SALSAS, NO CONSUMIR AVENA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS (EMPEORA LA DIARREA), NO CONSUMIR PRODUCTOS INTEGRALES (PAN, GALLETAS), CONSUMIR CARNE O TERNERA O POLLO (SIN GRASA) COCIDOS, AL VAPOR O A LA PLANCHA, CONSUMIR SOPAS O CALDOS HECHOS EN CASA, CONSUMIR CARBOHIDRATOS (NO FRITOS) COMO PAN BLANCO, GALLETAS DE SAL (SALTIN, DE SODA), ARROZ BLANCO, PAPA AL VAPOR O EN PURÉ, YUCA COCIDA, PLÁTANO DULCE O DE SAL COCIDOS

\*ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI SU NIÑO PRESENTA VÓMITO PERSISTENTE SIN ACEPTACIÓN ADECUADA DEL SUERO, MÁS DE 10 DEPOSICIONES DIARREICAS EN EL DÍA O MÁS DE 4 EN 4 HORAS, DIARREA CON MOCO O SANGRE, CONVULSIONES, FIEBRE > 38°C QUE NO CEDA CON ACETAMINOFÉN A DOSIS ADECUADA Y CON UN BAÑO DE 20 MINUTOS DE AGUA TIBIA, LLANTO CONSTANTE QUE NO PUEDA CALMAR O QUE SU BEBE ESTÉ DORMIDO Y NO LO PUEDA DESPERTAR.

\*ASISTIR A CONTROL DE PEDIATRÍA POR CITA PRIORITARIA EN SU EPS, PARA TENER UN CONTROL CONTINUO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO.

**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	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

**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.

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).  
NUMERO MIPRES.

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.  
NO  
REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

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	SI	INFANCIA
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	
INFANCIA		

DIAGNOSTICOS

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

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida



Detalle Indicación: - EGRESO -DIETA ASTRINGENTE HASTAS COMPLETA RESOLUCIÓN DEL CUADRO CLINICO - ACETAMINOFEN SUSP. 150/5: DAR 6 ML VÍA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR- SULFATO DE ZINC SUSP. DAR 5 ML VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 2 SEMANAS- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SUERO): DAR A LIBRE DEMANDA OFRECER CONSTANTEMENTE - CITA CONTROL PEDIATRÍA- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES\*DEBE DAR SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL "SUERO" (PREFERIBLEMENTE PEDIALYTE 60 O HYDRAPLUS 75 YA QUE SON MEJOR TOLERADOS POR LOS NIÑOS), OFRECER FRECUENTEMENTE E INCREMENTAR SU CONSUMO POSTERIOR A CADA EPISODIO DE VÓMITO Y/O DIARREA.\*IMPLEMENTAR EN CASA LAVADO DE MANOS CONSTANTE POSTERIOR A USO DEL BAÑO.\*LAVAR ADECUADAMENTE Y CON AGUA HERVIDA FRUTAS Y VERDURAS ANTES DE SU CONSUMO.\*DESINFECTA INODOROS Y JUGUETES DEL NIÑO\*EVITAR EL USO DE MEDICAMENTOS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADOS POR SU MÉDICO (LOS MEDICAMENTOS CONTRA EL VÓMITO O CONTRA LA DIARREA ESTÁN CONTRAINDICADOS EN NIÑOS, PUEDE EMPEORAR EL CUADRO Y PONER EN RIESGO LA SALUD DE SU HIJO)\*SEGUIR DIETA ASTRINGENTE ASÍ: CONTINÚE LA ALIMENTACIÓN TENIENDO EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES POR LA DIARREA Y EL VÓMITO. RECUERDE QUE EL EPISODIO DE DIARREA NO ES UN BUEN MOMENTO PARA ADECUAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, ES PREFERIBLE NO HACER CAMBIOS HASTA QUE EL NIÑO MEJORE Y PERMITIRLE QUE RECIBA LOS ALIMENTOS QUE MÁS LE PROVOQUEN, EXCEPTO LOS RESTRINGIDOS POR LA ENFERMEDAD. NO CONSUMIR AZÚCAR MIEL NI AGUAPANELA, NO DAR GELATINAS (ROYAL, GEL HADA, ETC.) O "JUGOS" DE SOBRE (CLIGHT, FRUTO, ETC.), NO AÑADIR CONDIMENTOS A LOS ALIMENTOS DEL NIÑO (CUBOS MAGGI, KNORR O SOPAS O CREMAS DE SOBRE), RECUERDE QUE LOS MENORES DE 1 AÑO NO DEBEN AUN CONSUMIR SAL NI AZÚCAR AÑADIDA EN SUS COMIDAS, NO DAR ALIMENTOS FRITOS, COMIDAS DE PAQUETE NI COMIDAS RÁPIDAS, EVITAR EMBUTIDOS Y SALSAS, NO CONSUMIR AVENA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS (EMPEORA LA DIARREA), NO CONSUMIR PRODUCTOS INTEGRALES (PAN, GALLETAS), CONSUMIR CARNE O TERNERA O POLLO (SIN GRASA) COCIDOS, AL VAPOR O A LA PLANCHA, CONSUMIR SOPAS O CALDOS HECHOS EN CASA, CONSUMIR CARBOHIDRATOS (NO FRITOS) COMO PAN BLANCO, GALLETAS DE SAL (SALTIN, DE SODA), ARROZ BLANCO, PAPA AL VAPOR O EN PURÉ, YUCA COCIDA, PLÁTANO DULCE O DE SAL COCIDOS.\*ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI SU NIÑO PRESENTA VÓMITO PERSISTENTE SIN ACEPTACIÓN ADECUADA DEL SUERO, MÁS DE 10 DEPOSICIONES DIARREICAS EN EL DÍA O MÁS DE 4 EN 4 HORAS, DIARREA CON MOCO O SANGRE, CONVULSIONES, FIEBRE > 38°C QUE NO CEDA CON ACETAMINOFÉN A DOSIS ADECUADA Y CON UN BAÑO DE 20 MINUTOS DE AGUA TIBIA, LLANTO CONSTANTE QUE NO PUEDA CALMAR O QUE SU BEBE ESTÉ DORMIDO Y NO LO PUEDA DESPERTAR.\*ASISTIR A CONTROL DE PEDIATRÍA POR CITA PRIORITARIA EN SU EPS, PARA TENER UN CONTROL CONTINUO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO.




Nombre Medico: ATENCIO GUERRERO ABEL  
 Registro: 73539555  
 Especialidad: PEDIATRIA

Nombre Medico: ABEL ATENCIO GUERRERO  
 Registro: 73539555  
 Especialidad: PEDIATRIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 9/08/2023 12:02:00 p. m. N° FOLIO:38

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1012471284 IDENTIFICACION: 1012471284 EDAD: 4 Años / 1 Meses / 18 Días  
NOMBRE PACIENTE: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/2019 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CALLE 57 B 99 83 TELEFONO: 3212239117 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 9256777 FECHA DE INGRESO: 8/08/2023 1:32:39 p. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: VIVIANA COLINA DIRECCION RESPONSABLE: PALMITAS TELEFONO RESPONSABLE: 3118858352  
AREA DE SERVICIO: CENTRO ATENCIÓN: KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY FECHA HC: 3/06/2023 11:07:52 a. m.

NOTA ACLARATORIA: FORMULACION

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	SULFATO DE ZINC 2 MG/ML SUSPENSION ORAL X 120 ML	SULFATO DE ZINC 5 CC CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida

Detalle Indicación:

Dieta:

Recomendaciones:

Actividad Física:

Pedir Cita: Días Cita con:

Sitio:

Profesional: ATENCIO GUERRERO ABEL  
Cédula: 73539555  
Especialidad: PEDIATRIA

RESPUESTA INTERCONSULTA  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE  
900959048

FECHA DE FOLIO: 10/08/2023 7:16:07 a. m. N° FOLIO:39

**DATOS DEL PACIENTE:**

N° HISTORIA 1012471284 Tipo Doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1012471284 EDA 4 Años / 1 Meses /  
CLINICA: D: 18 Días  
NOMBRE PACIENTE: LUIS ALFREDO COLINA GARCIA FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/2019 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: EPSS34 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CALLE 57 B 99 83 TELEFONO: 3212239117 PROCEDENCIA: BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

N° INGRESO: 9256777 FECHA DE INGRESO: 8/08/2023 1:32:39 p. m.  
FINALIDAD CONSULTA: Detección\_Alteración\_Desarrollo\_Joven CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General  
RESPONSABLE: VIVIANA COLINA DIRECCION RESPONSABLE: PALMITAS TELEFONO RESPONSABLE:3118858352

**INTERCONSULTA PENDIENTE****DIAGNOSTICO** E441 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE**ANALISIS OBJETIVO**

PACIENTE DE 4 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

1. GASTROENTERITIS VIRAL DE BAJO GASTO
2. SINDROME FEBRIL ASOCIADO.
4. ANTECEDENTE DE DESNUTRICIÓN PROTEICO CALORICA EN SEGUIMINETO DE FORMA AMBULATORIA -
5. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: P/T: -1-03 DS - RIESGO DE DESNUTRICIÓN

**SUBJETIVO**

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFEIRE VERLO BIEN, MEJORIA CLINICA, TOLERANDO VIA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES SIN ALTERACIONES, NIEGA VOMITOS, NIEGA PICOS FEBRILES. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

**RESPUESTA**

VALORACIÓN POR: ND. KAROL ROALES MAIGUEL. (09/08/23)

TRANSCRITA POR: ND. NEVIS DIAZ S. (10/08/23)

PACIENTE ECOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, EN EL MOMENTO D LA VALORAICON EN COMPAÑIA D EUS MADE, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIURESIS Y DEPOSOCIONES NORMALES, MADRE REFIERE ADECUADA TOLERANCIA ALA VIA ORAL , ADECUADA INGESTA ALIMENTARIA, SIN HALLAZGOS FÍSICOS ALERTABLES DE MALNUTRICION O DEFICIENCIA DE NUTRIENTES.

-VALORACION ANTROPOMÉTRICA

PESO: 12.7 KG

TALLA: 95.5 CM

T/E: -1.86 D.E - RIESGO DE TALLA BAJA PARA LA EDAD

P/T: -1.39 D.E - RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA

EN INTEROGATORIO CON LA MADRE, REFIERE ANTECEDNETE DE DNT AGUDA MODERADA CON MANEJO AMBULATORIO, RECIBIÓ FTLC CON AGRADO SIN EMABRGO, NO COMPLETIÓ TRATAMIENTO YA QUE COMENZÓ A PRESENTAR RECHAZO A L FÓRMULA. MADRE CONTINUÓ MANEJO CON DIETA FAMILIAR.

DE MOMENTO PACIENTE, CON RIEGSOD E DESNUTRICIÓN AGUDA, CON ADECUADA INGESTA ALIMENTARIA, POR LOCUAL NO SE INDICA MANEJO CON APME PARA RECUPERAR PESO, CONSIDERO PUEDE CONTINUAR CON DIETA FAMILIAR. SE BRINDA EDUCAICON NUTRICIONAL A LA AMDRE CON EL OBJETIVO DE FORTLAECER EL APTRON DE ALIMENTACION.

**TRATAMIENTO**

- DIETA NORMAL.

- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL AMBULATORIO.

**OBSERVACIONES****DIAGNOSTICOS**

CIE 10	DESCRIPCION
E441	E441 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE

NEVIS D.

---

Profesional: NEVIS ELIANA DIAZ SANCHEZ

Registro Medico: 1143462234

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA