

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

DATOS DEL PACIENTE **FECHA DE FOLIO:** 18/10/2022 4:29:45 p. m. **N° FOLIO:** 1
Nombre Paciente: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **Identificación:** 1146149978 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 23/noviembre/2020 **Edad Actual:** 2 Años / 9 Meses / 12 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: Cll62 sur # 81 d 09 **Teléfono:** NULL
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PYD 003-2022 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DE LA ADMISIÓN:
N° INGRESO: 7584995 **FECHA DE INGRESO:** 18/10/2022 3:32:02 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra
RESPONSABLE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **DIRECCION RESPONSABLE:** ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **TELEFONO RESPONSABLE:** 312
CENTRO DE ATENCIÓN: PA35 - USS VILLA JAVIER **ÁREA DE SERVICIO:** PA35A38 - ENFERMERIA PYD VILLA JAVIER

ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE 10 AÑOS									
TIPO DE CONSULTA:	INGRESO AL PROGRAMA	NIVEL EDUCATIVO					FECHA HC:	18/10/2022 4:11:54 p. m.	
MOTIVO DE CONSULTA									
"Control De Crecimiento Y Desarrollo"									
ENFERMEDAD ACTUAL									
niega enfermedades y atencion por urgencias en los 3 ultima meses									
ANTECEDENTES									
FAMILIARES		PERSONALES		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		DETALLE			
NO	<...DIABETES...>	NO	NO	SARAMPIÓN	NO				
NO	<..TUBERCULOSIS..>	NO	NO	DIFTERIA:	NO				
NO	<..ALERGIAS..>	NO	NO	PAROTIDITIS:	NO				
NO	<.HIPERTENSION.>	NO	NO	POLIOMIELITIS:	NO				
NO	<.TRANSTORNO MENTAL...>	NO	NO	RUBEOLA:	NO				
NO	<..MALFORMACIONES CONGÉNITAS...>	NO	NO	ROSÉOLA:	NO				
NO	<.OTROS...>	NO	NO	VARICELA:	NO				
CUALES				HEPATITIS:		NO			
niega				ACCIDENTES:		NO			
				CIRUGÍAS:		NO			
				SÍNDROME CONVULSIVO:		NO			
EDAD DE LA MADRE EN EL PARTO:		26,0000		EPISODIOS DE DIARREA EN EL AÑO:		NO			
EDAD GESTACIONAL AL NACER:		39,0000		EPISODIOS DE OTITIS MEDIA EN EL AÑO:		NO			
EMBARAZO DESEADO:		SI		HOSPITALIZACIONES EN EL AÑO:		NO			
CONTROL PRENATAL:		SI		EPISODIOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL AÑO:		NO			
PARTO INSTITUCIONAL:		SI		OBSERVACIONES:					
PARTO ESPONTANEO:		SI		sin alteraciones					
TALLA AL NACER EN cm:		80,0000							
PESO AL NACER EN Gra:		300,0000							
HEMOCLASIFICACION AL NACER:		SI DETALLE							
TSH AL NACER:		NO DETALLE							
SEROLOGÍA AL NACER:		NO DETALLE							
SALUD DE LA MADRE Y/O CUIDADOR									
FUMA:	NO	CIGARRILLO X DIA		SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:	NO	CUALES		OTRO:	NO
SALUD DE LA MADRE Y/O DEL CUIDADOR									
REFERIDO A :									
INTEGRANTES DEL HOGAR									
True	True	HERMANOS:	0,0000	OTROS:	0,0000	QUIENES:		HERMANOS VIVOS:	0,0000
								MENORES DE 5 AÑOS:	0,0000
COMPARTE LA CAMA.	NO	HACINAMIENTO:	NO	DETALLE:		CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:	NO	DETALLE:	
LACTANCIA									
RECIBE LECHE MATERNA	NO	RECIBE PECHO EN LA NOCHE:		CUÁNTAS VECES EN 24 HORAS		SE EXTRAE LA LECHE			
CÓMO LA GUARDA Y ADMINISTRA						LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES	0,0000		
EL MENOR RECIBE OTRA LECHE O ALIMENTOS		NO	CUÁNTAS VECES	0,0000	CUALES				
QUIÉN LE DA DE COMER									
SINTOMATICO RESPIRATORIO									

SINTOMATICO RESPIRATORIO

TOS MAYOR DE 15 DIAS

CONVIVE CON TOSEDOR

EXAMEN BK



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION
DEL NIÑO - USAR HCPIE

TOS SECA

ANTECEDENTE DE BACILOSCOPIA (BK)

SINTOMATICO DE PIEL

SINTOMATICO DE PIEL

MANCHA HIPOCROMICA

PLACAS ERITEMATOSAS

AREA HIPOANESTESICA

ULCERA REDONDEADA CON CENTRO GRANULOMATOSO INDOLORO

VACUNACION

EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES
TUBERCULOSIS (BCG)	RN								VACUNAS PENDIENTES
HEPATITIS B (HB)	RN								no trae car ne de vacunas
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

COMPONENTE HISTORIA CLÍNICA CRECIMIENTO Y DESARROLLO

EXAMEN FISICO

TEMP	36,00 00	FC	126,0 000	FR	26,0000	TA	0,00 00	0,00 00	TAM	0,000 0	SAT_O2	95,00 00	PERIMETRO_BRAZO	12,000 0	TALLA(Cm)	81,00 00	PESO ACTUAL (Kg)	9,450 0	
IMC	14,40 00	FIO2: %		0,000 0	PERIMETRO CEFALICO		46		TOMA DE AGUDEZA VISUAL								USO DE LENTES		

ESCALA DEL DOLOR

CABEZA Y CUELLO

sin alteracion en la valoracion

OTORRINONARINGOLOGICO

sin alteracion en la valoracion

CARDIO PULMONAR Y / O TORAX

sin alteracion en la valoracion

GASTROINTESTINAL Y / O ABDOMEN:

sin alteracion en la valoracion

EXTREMIDADES Y / O OSEOMUSCULAR

sin alteracion en la valoracion

GINECO Y / O URINARIO:

sin alteracion en la valoracion

PIEL Y FANERAS:

NO SE EXPLORA

NEUROLOGICO:

sin alteracion en la valoracion

OBSERVACIONES

COMPONENTE AIEPI DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE	NO	PUUEDE 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
SANGRE EN LAS ACES		INTRANQUILO O IRRITABLE		BEBE MAL O NO PUEDE BEBER		LETÁRGICO O INCONSCIENT E
DESHIDRATACION						PLIEGE CUTANEO MUY LENTO (2 SEG) O LENTO
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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION DEL NIÑO - USAR HCPIEI

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	NO	TIENEN PADRES/HERMANOS CON CARIES		¿UTILIZA CHUPO O BIBERÓN?			
CARIES CAVITACIONALES		¿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	5,0000	MG	Medio	PUNTAJE TOTAL EAD		PT EAD	
MOTRICIDAD FINA	5,0000	MF	Medio	20,0000		Escoger según valor	
AUDICIÓN LENGUAJE	5,0000	AL	Medio				
PERSONAL SOCIAL	5,0000	PS	Medio				
INDIQUE SI TIENE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO O FALTA DE ESTIMULACIÓN							
sin alteracion en la valolracion							

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ANALISIS	<p>SE REALIZA VALORACION FISICA AL PACIENTE SI, ALTERACION FISICA , valoración c con sistema anthro y resolución 22 meses</p> <p>SE REGISTRA LA INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR ANTROPOMETRICO Y RELACIONA LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR con la resolución 2465 2016 y VALORACIÓN C CON SISTEMA ANTHRO</p> <p>VALORACION</p> <p>PESO PARA LA TALLA P/A : DESVIACION DECUADO PARA LA EDAD 9,45KG arthoplius P/A -1.45</p> <p>TALLA PARA LA EDADA T / E 81 CM NO ADECUADO DE TALLA -1.93" LAS CURVAS Y EL ANALISIS , DE PESO PARA LA TALLA CON LA RESOLUCION 2465 DEL 2016 , YA QUE LAS CURVAS DE DINAMICA NO ESTABN ADECUADA YA SE AVISO ALA REFERENTE DE PRIMERA INFANCIA "</p> <p>SE OBSERVA riesgo de sobre peso para la talla , y talla baja para la edad</p> <p>VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD ,</p> <p>se explica a la madre que actividades debe seguir de acuerdo a la escala para el siguiente CITA con pediatría y nutrición</p>
IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS	<p>RIESGO DE CAIDAS</p> <p>RIESGO DE ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO</p> <p>RIESGO DE ALRTERACIONES NUTRICIONALES</p> <p>RIESGO PSICOSOCIAL</p> <p>RIEGSO DE INFECCIONES</p> <p>SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGOS DE ALARMA PARA ACUDIR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS.</p>

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

PLAN DE MANEJO	CITA con pediatría y nutrición
NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO	NO
<input checked="" type="checkbox"/> 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	SI
7. CONSUME LICOR O FUMA	NO
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS	SI
CONDUCTA PROFESIONAL	
LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE	alimentacion
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES	habitos de vida saludable

EDUCACION	
RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES	SI
DERECHOS	
7. ELEGIR MORIR CON DIGNIDAD 13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO	
DEBERES	
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 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	SALUD VISUAL ITS
RUTA MATERNO PERINATAL		
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA		
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		

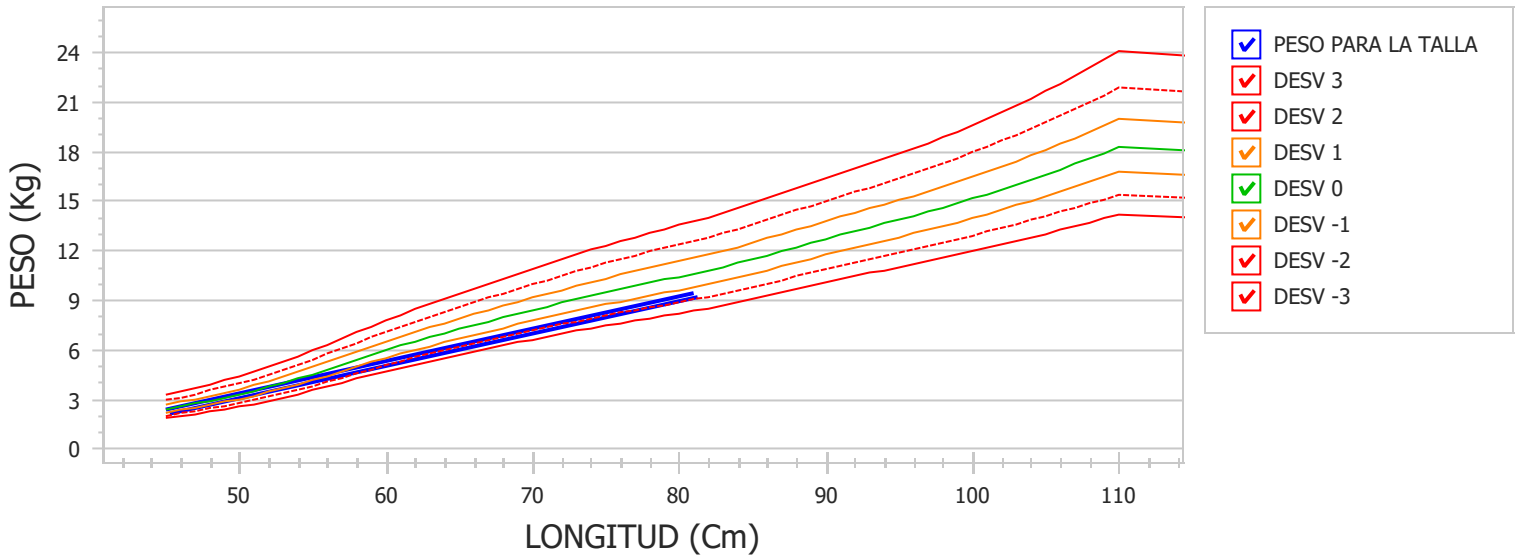
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
BLOQUEADO SUBREDSO CRECIMIENTO Y DESARROLLO ATENCION
DEL NIÑO - USAR HCPIEI

RUTA CANCER		
RUTA SALUD MENTAL		
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS		
CANALIZACION PIC		

GRAFICAS 0 A 2 AÑOS

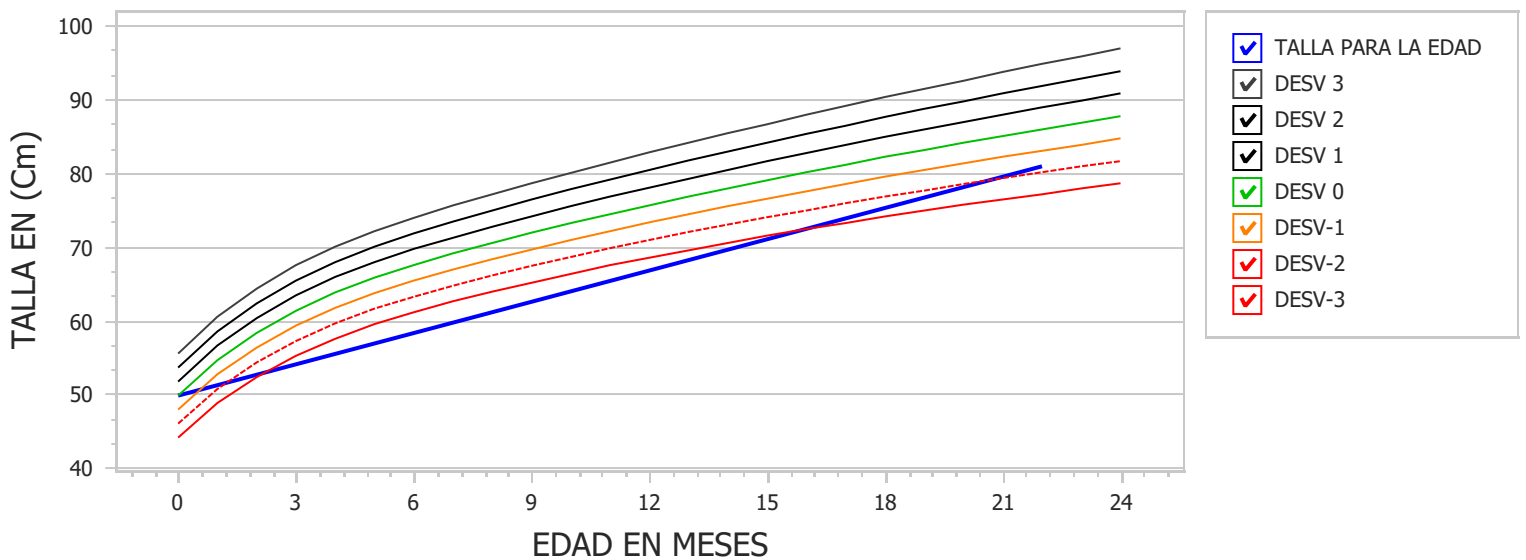
PESO PARA LA TALLA DE 0 A 2 AÑOS

PESO PARA LA TALLA 0 A 2 AÑOS



TALLA PARA LA EDAD DE 0 A 2 AÑOS

TALLA PARA LA EDAD

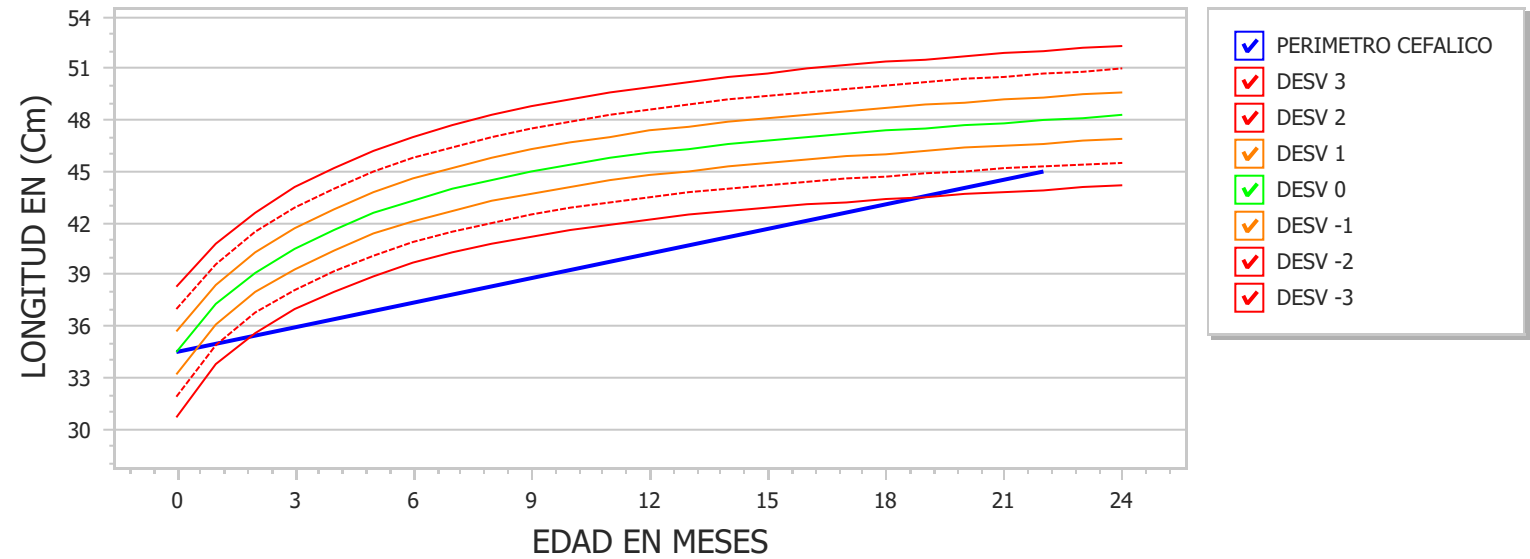


PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD DE 0 A 2 AÑOS



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

PERIMETRO CEFALICO 0 A 2 AÑOS



ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	28/03/2023	- PERINATALES: FRUTO DE CUARTA GESTACIÓN DE MADRE DE 27 AÑOS PARTO VAGINAL DE 32 ? SEMANAS, PAN: 2730 G, TAN: NO RECUERDA EGRESO CONJUNTO. - PATOLÓGICOS: NO REFIERE - HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE - QUIRÚRGICOS: NO REFIERE - ALÉRGICOS: NO REFIERE - ATÓPICOS: NO REFIERE - TRANSFUSIONALES: NO REFIERE - TRAUMÁTICOS: NO REFIERE - FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE - FAMILIARES: TIOMATERNO, HTA, DM, TIO MATERNO CARDIOPATA, - PAI: INCOMPLETO PARA LA EDAD, PEIDNEITE ESQUEMA DE 18 MESES - NEURODESARROLLO: ADECUADO PARA LA EDAD.
Médicos	25/08/2023	ANOTADOS

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

EXAMENES SOLICITADOS		
Nombre	Cantidad	Observacion
AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO	1	Se recomienda hacer evaluación audiológica instrumental (audiometría comportamental, potenciales evocados auditivos o emisiones otoacústicas) en niños menores de 3 años de edad a quienes no se les haya hecho tamización auditiva del recién nacido, con el fin de detectar hipoacusia.Recomendación fuerte a favor
EMISIONES OTOACUSTICAS	1	Se recomienda hacer evaluación audiológica instrumental (audiometría comportamental, potenciales evocados auditivos o emisiones otoacústicas) en niños menores de 3 años de edad a quienes no se les haya hecho tamización auditiva del recién nacido, con el fin de detectar hipoacusia.Recomendación fuerte a favor

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS



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

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	dar cita
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	dar cita

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación:

Profesional: SUESCA PARRA MARILUZ
Cédula: 52764577
Tipo Medico: Enfermera

Usuario: 52773141

Nombre reporte : HCRPHistoBase

HISTORIA CLINICA DE INGRESO -
PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : martes, 05 septiembre 2023

Página 1/1

FECHA DE FOLIO: 28/03/2023 5:50:34 a. m. N° FOLIO:2

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1146149978 IDENTIFICACION: 1146149978 EDAD: 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: ClI62 sur # 81 d 09 TELEFONO: 3209639091 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8459523 FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
RESPONSABLE: SONIA BROYER DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

CONSULTA ASISTIDA: False MEDICO DOCUMENTO

DATOS DEL PACIENTE

NIVEL EDUCATIVO 1.PREESCOLAR ETNIA 1.INDÍGENA DISCAPACIDAD NO TIPOS DE DISCAPACIDAD

NOMBRE ACUDIENTE: SONIA BROYER RESPONSABLE SI TELEFONO ACUDIENTE 3219639091

RESPONSABLE DEL NIÑO 3.MADRE GRUPO POBLACIONAL 1.DISCAPACITADOS RELIGION
HORA DE INICIO DE ATENCION SERVICIO ESTADO CIVIL 1. No está Casado(a)
y lleva más de 2 años
viviendo con su
pareja

NIVEL EDUCATIVO DEL PADRE ULTIMO AÑO APROBADO DEL PADRE (EN NUMEROS) 0,0000

NOMBRE DE LA MADRE SONIA BROYER EDAD 29,0000 OCUPACION VENEDORA

NOMBRE DEL PADRE EDAD 0,0000 OCUPACION

MOTIVO DE CONSULTA:

"TIENE DIARREA"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 2 AÑOS ES TRAIDO POR LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A DEPOSICIONES LIQUIDAS EN NUKERMO DE 6 SIN MOCO NI SANGRE Y 2 EPISODIOS EMETICOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

REVISION POR SISTEMAS:

Estado General

NO REFIERE

Cardiopulmonar

NO REFIERE

Gastrointestinal

NO REFIERE

Genitourinario

NO REFIERE

Neurologico

NO REFIERE

Piel Y Faneras

NO REFIERE

MusculoEsqueletico

NO REFIERE

Desarrollo

Psquimotor

NO REFIERE

EXAMEN FISICO

Peso:	9,700	Talla:	84,500	Indicxe De Masa Corporal	0,000	Glasgow:	15,000	Frecuencia Cardiaca	100,000	Frecuencia Respiratoria	21,000
-------	-------	--------	--------	--------------------------	-------	----------	--------	---------------------	---------	-------------------------	--------

Profesional: RIVERA CHEMAS MARTHA LILIANA

Registro profesional: 51676485

Especialidad : PEDIATRIA

Usuario: 52773141

Temperatura:	36,9000	Tensión Arterial :	Saturación De Oxígeno	96,000	Fracción Inspirada de Oxígeno	21,000
--------------	---------	--------------------	-----------------------	--------	-------------------------------	--------

Percentil Peso:	Percentil Talla:	Percentil Tensión Arterial:	Perimetro Cefalico:	Perimetro Abdominal:
--------------------	---------------------	--------------------------------	------------------------	-------------------------

Estado General

PACIENTE EN ESTABLES CONDCIONES GENERALES, HIDRATADO AFEBRIL CO SIGNO SVITLAES DENTOR DE PARAMETROS ADECUADOS PB:13 CM

Piel y Faneras

SI LESINES, CABELLO DELGADO NO SIGNO DE BANDERA

Cabeza y Cuello

NORMOCÉFALA,, NO TRAUMAS.OJOS: GLOBOS OCULARES CLÍNICAMENTE NORMALES, NO ENOFTALMO/ EXOFTALMO, NO EDEMAS NI SECRECIONES, ADECUADO SEGUIMIENTO

NARIZ: PERMEABLE, SECRECIONES.

CUELLO: NO MASAS NI ADENOPATÍAS. MOVILIDAD Y FLEXIBILIDAD CONSERVADA.

Otorrinolaringologi

co

SIN ALTERACIONES

Torax

TÓRAX NORMOCONFIGURADO. EXPANSIÓN Y VENTILACIÓN SIMÉTRICA SIN AGREGADOS . NO PRESENCIA DE TIRAJES,CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS IN SITU, RÍTMICOS - BIEN TIMBRADOS, NO SOPLOS. LLENADO CAPILAR NORMAL. PULSOS CONSERVADOS.

Abdomen

BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE EN 4 CUADRANTES , NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL..

Genito Urinario

NORMOCONFIGURADOS

Osteomuscular

Extremidades

NO SE EXPLORA

Neurologico

NO SE EXPLORA

Examen Mental

NO SE EXPLORA

RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LA ESTANCIA

PACIENTEDE 2 AÑOS ES TRAIIDO POR LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINCO DE 12 HORAS DE EVOLICION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A DEPOSICONES LIQUIDAS EN NUERMO DE 6 SIN MOCO NI SANGRE Y 2 EPISODIOS EMETICOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA , EN EL MOMENTO PACIENTE EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO AFEBRIL CON SIGNO SVITALES EN RAOGNS DE LA NORMALIDADL, AL EXAMEN FISICO NO PRESETNA SIGNOS DE DIFICUTLAD RESPIRATORIA, NO AGREGADOS PULMOANRES, NO DISTENCION ABDOMINAL, NO DOLOR ABDOMINAAL, NEUROLOGICO ESTABLE, PACIENTE EN QUIEN SE CONSIDERA CUADRO DEGASTROENTERITIS , SE TOMAN MEDIDAS ANTRPOMETRICAS Y ARROJAN DATOS DE EDESNUTRICION AGUA MODERADA (P/E: -2.49 T/E: -1.81 P/T: -2.2 PB: 13 CM) MADRE REIFERE MENOR SIN DISGNSOTICO PREVIO DE DNT, MENRO A QUEIN SE DEJA EN HOSPITALIZACION POR DIAGNOSITCO NUTRICIONAL, UNA VEZ SOLICIONADO CUADRO EMETICO SE DARA INICIO A PRUEBA DE APETITO CON PUMPLYNUT, ASI MIMSO SE SOLCICITA VALOACION POR NUTRICION Y TRABAJO SOCIAL, SE EXPLICA A MADRE CONDUCTA A SEGUIR REFIERE ENTEDER Y ACPETAR

PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN

HOSPITALIZACION POR PEDIATRIA

NADA VIA ORAL HASTA NUEVA ORDEN

LACTATO RINGER PASR A 40 CC HORA

Profesional: RIVERA CHEMAS MARTHA LILIANA

Registro profesional: 51676485

Especialidad : PEDIATRIA

Usuario: 52773141

PRUEBA DE TOLERANCIA CON PUMPLYNUT EN RESOLUCION DE SX EMETICO
SS/// VALORACION POR NUTRICION
Y TRABAJO SOCIAL
CONTOR DE PESO DIARIO EN BSCULA DE URGENCIAS A LA MISMA HORA SIN ROPA
CSV-AVC

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	Presuntivo	True

Observaciones:

ANTECEDENTES		
Tipo Antecedente	Fecha Registro	Detalle
Médicos	28/03/2023 5:50:35 a. m.	- PERINATALES: FRUTO DE CUARTA GESTACIÓN DE MADRE DE 27 AÑOS PARTO VAGINAL DE 32 ? SEMANAS, PAN: 2730 G, TAN: NO RECUERDA EGRESO CONJUNTO. - PATOLÓGICOS: NO REFIERE- HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE- QUIRÚRGICOS: NO REFIERE- ALÉRGICOS: NO REFIERE- ATÓPICOS: NO REFIERE- TRANSFUSIONALES: NO REFIERE- TRAUMÁTICOS: NO REFIERE- FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE- FAMILIARES: TIOMATERNAL, HTA, DM, TIO MATERNAL CARDIOPATA, - PAI: INCOMPLETO PARA LA EDAD, PEIDNEITE ESQUEMA DE 18 MESES - NEURODESARROLLO: ADECUADO PARA LA EDAD.
Médicos	25/08/2023 7:06:35 a. m.	ANOTADOS

Profesional: RIVERA CHEMAS MARTHA LILIANA
Registro profesional: 51676485
Especialidad : PEDIATRIA

Usuario: 52773141



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

ESE

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION HOSPITALIZACION

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 28/03/2023 9:54:36 a. m. N° FOLIO: 3

Nombre Paciente: BROYER GREINSFFEIST ANDRES FELIPE

Identificación: 1146149978

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 23/noviembre/2020 Edad Actual: 2 Años / 9 Meses / 12 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: Cll62 sur # 81 d 09

Teléfono: 3102522951

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: 8459523

FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

RESPONSABLE: SONIA BROYER

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

CENTRO DE ATENCIÓN: B035 - USS BOSA

ÁREA DE SERVICIO: B035I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA BOSA

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

DIAGNOSTICO MEDICO:

PREESCOLAR MASCULINO CON NDESNUTRICION AGUDA MODERADA (Z SCORE P/T: -2.24)

GASTROENTERITIS AGUDA DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCION

SINDROME EMTICO CONTROLADO

RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA?

SUBJETIVO

PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE ADEUADO PATRON DE SUEÑO, DIURESIS POSITIVA NIEGA NUEVOS EPISODISOS EMETICOS Y DIARREICOS ULTIMO DE INGRESO, NIEGA FIEBRE

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	36,4000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	21,0000	SATURACION DE OXIGENO	95,0000	TENSION NARTERIA L	103,0000 / 53,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	69,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	23,000	FRECUENCIA CARDIACA	118,000	TALLA (Centimetros)	85,3000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	9615,0000	INDICE DE MASA CORPORAL	13214,51
								GLASGOW	15

OBJETIVO

MEDDIAS ANTROPOMETRIAS: PESO 9615GR TALLA 85.3CM, PC: 50CM, PERIMETRO BRAQUEAL: 13CM (Z SCORE P/T: -2.34; P/E: -2.56; T/E:-1.78) CC/ NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIEMTRICO NO MASAS NO MEGALIAS

C/P: RSCS RITMICOS NO SOPLOS RSRs SIN AGREGADOS NO TIRAJES

ABD: BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS RSIS POSITIVOS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

G/U: MASCULINOS TESTICULOS ENE SCRTO BILATERAL PREPUISIO REDUNDANTE FIMOSIS FISIOLOGICA, TESTICULOS EN ESCROTO BILATERAL EXT SIMETRICASMOVILES NO EDEMASPULSOS DISTALES CONSERVADOS

NEU: ACTIVA REACTIVO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION , NO SINGOS DE IRRITACION MENINGEA

RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

ANALISIS

PACIENTE PREESCOLAR MASCULINO CON DESNUTRICION AGUDA MODERADA, EN EL MOMENTO AFEBRIL NO SIRS NO SIGNOS DE DIFICULTAD PARA REPSIRAR Y BORNCOBSTRUCCION CON ADECUADA SATURACION AL MEDIO NORMOHIDRATADO TOLERANDO Y ACEP5TANDO LA VIA ORAL SIN NUEVOS EPISODIS EMETICOS NI DEPOSICIONES, A QUIEN SE RALIZA NUEVAMENTE TOMA DE MEDIAS ANTROPOMETRICAS QUE EVIDENCIA: PESO 9615GR TALLA 85.3CM, PC: 50CM, PERIMETRO BRAQUEAL: 13CM (Z SCORE P/T: -2.34; P/E: -2.56; T/E:-1.78), SE CONSIDERA SOLICITAR PARACLINICO SEGUN GUIAS DE MANEJO DE DNT AGUDA MODERADA, ENE L MOMENTONO SE COSNIDERA REALIZAR CUBRIMEINT ANTIBIOTICO CONSIDERANDO URSA CON CUADRO INFECCION VIRAL NO COMPLICADA SIN ALTERACION HEMODINAMICA, SE CONSIDERA INICOO DE FORMULA F75 A 11CC/KG CADA 3HORAS CONSIDERANDO CUADRO GASTROINTESTINAL, SE ESPERA VALORAION POR SERVICIO DE NUTRICION, Y TRABAJO SOCIAL, SE EXPLCIA A LA MADRE ESTADO ACTUAL Y MANUEJO A SEGUIR,QUIEN REFIERE ENTNEDER Y ACEPTAR.

PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN NO APLICA

SALE CON CITA DE CPN

NO APLICA

PLAN DE TRATAMIENTO

DIETA ASTRINGENTE + MEDDIAS ANTIRREFLUJO

FORMULA F75 105CC CADA 3 HORAS

LACTATO DE RINGER PASAR A 40 CC/H

ACETAMINOFEN 5CC VIA ORLA CADA 6 HORAS SI FIEBRE

ALBENDAZOL 400MG VO DOSIS UNICA
PESO DIARIO EN LA MISMA BASCULA Y A LA MISMA HORA
CSV.AC
SS/ HEMOGRAMA, PCR, GLUCOSA, ELECTROLITOS, BUN, CREATININA, TGO, TGP, UROANALIISIS, GASES VENOSOS, TSH, T4L, ALBUMINA,
PROTEINAS TOTALES,PERFIL LIPIDICO
PEDNIENTE VALORAICON POR NUTRICION Y TRABAJO SOCIAL

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.

SI

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

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.
USO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE.
ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.
PREVENCIÓN DE MALTRATO , VIOLENCIAS Y NEGLIGENCIA .

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN
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	
PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN		

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación .					
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	ALBENDAZOL 100MG/5ML (2%) SUSPENSION ORAL/20 ML	400MG VO DOSIS UNICA
4	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	40CC/H

EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	
IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1	
COLESTEROL TOTAL	1	
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	
TRIGLICERIDOS	1	
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	
TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	
NITROGENO UREICO	1	
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	
UROANALISIS	1	
MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	1	
TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	1	
TIROXINA LIBRE	1	
ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	
PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	1	
PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: **Hospitalizacion**

Detalle Indicación: DIETA ASTRINGENTE + MEDDIAS ANTIRREFLUJO FORMULA F75 105CC CADA 3 HORAS LACTATO DE RINGER PASAR A 40 CC/HACETAMINOFEN 5CC VIA ORLA CADA 6 HORAS SI FIEBRE ALBENDAZOL 400MG VO DOSIS UNICA PESO DIARIO EN LA MISMA BASCULA Y A LA MISMA HORA CSV.ACSS/ HEMOGRAMA, PCR, GLUCOSA, ELECTROLITOS, BUN, CREATININA, TGO, TGP, UROANALISIS, GASES VENOSOS, TSH, T4L, ALBUMINA, PROTEINAS TOTALES,PERFIL LIPIDICO PEDNIENTE VALORAICON POR NUTRICION Y TRABAJO SOCIAL



Nombre Medico: ORTIZ DEL VASTO GUILLERMO
Registro: 1014186101
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Nombre Medico: GUILLERMO ORTIZ DEL VASTO
Registro: 1014186101
Especialidad: MEDICINA GENERAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 28/03/2023 10:35:02 a. m. N° FOLIO: 4

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1146149978 IDENTIFICACION: 1146149978 EDAD: 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 TELEFONO: 3102522951 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8459523 FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE: SONIA BROYER DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091
AREA DE SERVICIO: BO35I05 - PEDIATRIA BOSA CENTRO ATENCIÓN: BO35 - USS BOSA FECHA HC: 28/03/2023 10:33:53 a. m.

NOTA ACLARATORIA: MODIFICACION CODIGO DE LACTATO

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	LACTATO RINGER 1000 ML BOLSA SOLUCION INYECTABLE	40CC/H

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Detalle Indicación: .

Dieta:

Recomendaciones:

Actividad Física:

Pedir Cita: Días Cita con:

Sitio:



Profesional: ORTIZ DEL VASTO GUILLERMO
Cédula: 1014186101
Especialidad: MEDICINA GENERAL

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

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

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

FECHA DE FOLIO: 28/03/2023 10:46:14 a. m. N° FOLIO: 5

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA 1146149978 Tipo Doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1146149978 EDA 2 Años / 9 Meses /
CLINICA: D: 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: EPSS34 TIPO DE REGIMEN: Subsidado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 TELEFONO: 3102522951 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8459523 FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad General
RESPONSABLE: SONIA BROYER DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

INTERCONSULTA PENDIENTE

DIAGNOSTICO E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

ANALISIS OBJETIVO

SE REALIZA VALORACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN, PARA EVALUAR Y REALIZAR INTERVENCIÓN INTRAHOSPITALARIA DESDE EL ÁREA, PARA MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y EVITAR DESPLOME SUBYACENTE A SU CONDICIÓN

SUBJETIVO

EXAMEN FISICO

SE ENCUENTRA PACIENTE, DESPIERTO CONSCIENTE, EN COMPAÑÍA DE LA PROGENITORA SE EVIDENCIA CABELLO NORMAL, SIN DEPRESIÓN TEMPOROFONTAL, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS. PROMINENCIA MALAR MUCOSA ORAL HÚMEDA, TEJIDO GRASO Y MUSCULAR FACIAL CONSERVADO CABEZA Y CUELLO MÓVILES SIN PROTUBERANCIAS, ABDOMEN SIN MASAS, MADRE REFIERE QUE EL DIA DE HOY SIN EMESIS Y CON DEPOSICIONES DIARREICAS.

ANAMNESIS:

DESAYUNO: 10:00 AM: HUEVO + PAN + CHOCOLATE
ALMUERZO: 3:00 PM: ARROZ, PROTEINA+ PAPA O PLATANO
COMIDA: 7:00 A 8:00 LO MISMO DEL ALMUERZO
CONSUMO DE VEGETALES 1 VEZ POR SEMANA

RESPUESTA

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE INGRESO: PESO ACTUAL: 9.70 GR, TALLA: 85 , PERIEMTRO BRANQUIAL 13 CM, PERIMETRO CEFALICO: 48 CM (PERCENTILES: T/E: -1.66DE, CC/EDAD: -0.53DE , P/T: -2.34DE)
DX: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
INICIO DE FORMULA 75 PARA FASE DE ESTABILIZACION

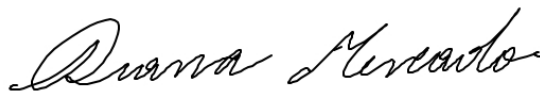
TRATAMIENTO

INICIO DE FORMULA F75 A 97 CC CADA 3 HORAS
SEGUIMIENTO DE PESO DIARIO

OBSERVACIONES

DIAGNOSTICOS

CIE 10	DESCRIPCION
E440	E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA



Profesional: DIANA JOHANNA MERCADO OSORIO
Registro Medico: 55237603

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

FECHA DE FOLIO: 28/03/2023 2:06:24 p. m. N° FOLIO: 6

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA 1146149978 Tipo Doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1146149978 EDA 2 Años / 9 Meses /
CLINICA: D: 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: EPSS34 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 TELEFONO: 3102522951 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8459523 FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad General
RESPONSABLE: SONIA BROYER DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

INTERCONSULTA PENDIENTE

DIAGNOSTICO Z658 - OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES

ANALISIS OBJETIVO

Menor de 2 años de edad, interconsultada por area de pediatria por "PACIENTE CON DNT Y PAI INCOMPLETO, PENDIENTE ESQUEMA DE 18 MESES", inmersa en familia nuclear ya que vive con progenitora la señora Sonia Broyer, identificada con cedula numero 1070604711 de 29 años de edad, y su progenitor el señor Oscar Sepulveda quien no brinda a menor apellido por que refieren que iba a ingresar a la policía, menor en el momento no escolarizado, el sustento economico esta a cargo de su progenitor quien labora como independiente en la venta de Hamburguesas, los ingresos no son fijos, pagan de arrendo \$650.000, de servicios \$200.000, de alimentacion \$700.000, refiere que no reciben ayuda adicional. direccion de residencia CLL 82 I 61-28 SUR, BOSA LA PAZ, telefono de contacto 3219639091.

SUBJETIVO

se realiza intervencion por el area, entrevista semiestructurada, donde menor se encuentra ubicado en cama 3 de Urgencias Pediatria, en compañía de progenitora quien refiere "el niño tienen capital salud, tuvo control hace 3 meses, vacunas falta la de los 18 meses, por que me paso el tiempo, lo traje anoche por dolor de barriga, el nació a las 32 semanas, peso 2730 gm, no ingreso a plan canguro, el niño se levanta a las 10 am le doy huevo, pan y chocolate, a las 4 pm le doy arroz, pollo, papa, lo que hagamos, a las 8 pm le doy lo que queda del almuerzo, aun lo lacto cada 3 horas"

RESPUESTA

Menor de 2 años de edad, interconsultada por area de pediatria por "PACIENTE CON DNT Y PAI INCOMPLETO, PENDIENTE ESQUEMA DE 18 MESES", inmersa en familia nuclear ya que vive con progenitora la señora Sonia Broyer, identificada con cedula numero 1070604711 de 29 años de edad, y su progenitor el señor Oscar Sepulveda quien no brinda a menor apellido por que refieren que iba a ingresar a la policía, menor en el momento no escolarizado, quien ingresa con dx DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA, progenitora refiere refiere solo de beinda al menor 3 comidas al día, aun lo lacta, se evidencia no buenas pautas de alimentacion, no cuenta con vacunas a los 18 meses, de edad, se evidencia negligencia en cuanto al estado de salud del menor, se diligencia fichs sivim para seguimiento ambulatorio, se realiza reporte a ICBF, para restablecimiento de derechos, una vez menor sea dado de alta sera colocado a disposicion de icbf, menor con riesgo psicosocial, se evidencia riesgo psicosocial, se sugiere valoración por area de Nutricion.

TRATAMIENTO

se realiza intervencion por el area, entrevista msiestructurada,

se verifica red de apoyo familiar e institucional,

se verifica controles, vacunas, eps.

se diligencia fichs sivim para seguimiento ambulatorio,

se realiza reporte a ICBF, para restablecimiento de derechos, una vez menor sea dado de alta sera colocado a disposicion de ICBF.

SE CIERRA INTERCONUISLTA POR EL AREA.

OBSERVACIONES**DIAGNOSTICOS**

CIE 10	DESCRIPCION
Z658	Z658 - OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES

Camila Paez

Profesional: MARIA CAMILA PAEZ CASTELLANOS

Registro Medico: 1023896019

Especialidad: TRABAJO SOCIAL

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

FECHA DE FOLIO: 28/03/2023 6:44:35 p. m. N° FOLIO: 7

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1146149978 **IDENTIFICACION:** 1146149978 **EDAD:** 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/11/2020 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 **TELEFONO:** 3102522951 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8459523 **FECHA DE INGRESO:** 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra
RESPONSABLE: SONIA BROYER **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR **TELEFONO RESPONSABLE:** 3209639091
AREA DE SERVICIO: BO35I05 - PEDIATRIA BOSA **CENTRO ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **FECHA HC:** 28/03/2023 6:43:26 p. m.

NOTA ACLARATORIA: PACIENTE CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL SE SUSPENDEN LIQUIDOS ENDOVENOSOS

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion
Detalle Indicación: - SE SUSPENDEN LIQUIDOS ENDOVENOSOS- CATETER VENOSO.

Dieta:

Recomendaciones:

Actividad Física:

Pedir Cita: Días Cita con: Sitio:

Profesional: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Cédula: 80743277
Especialidad: PEDIATRIA

Información General		Eventos Individuales-Cara A		Id Evento		SIVIM	
Fecha de Notificación		28/03/2023 12:00:00 a. m.		Nombre entidad		BO35 - USS BOSA UNIDAD DE URGENCIAS	
Identificación del paciente							
Tipo Doc		<input type="checkbox"/> CNV <input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> ASI <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> SC		Identificación		1146149978	
Fecha nacimiento		23/11/2020 12:00:00 a. m.		Edad		2 Años / 9 Meses / 12 Días	
<input type="checkbox"/> Hijo/Hija de							
Primer nombre		ANDRES		Segundo nombre		FELIPE	
Primer apellido		BROYER		Segundo apellido		GREINSFFEIST	
Teléfono		3219639091		Sexo		Masculino	
Dirección residencia		CLL 82 I 61-28 SUR					
Localidad		BOSA		Barrio		LA PAZ	
Pertenencia étnica		<input type="checkbox"/> Grupo étnico <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Mulato <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Otros					
Estrato							
Grupo poblacional		<input type="checkbox"/> P. Con discapacidad <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Hab. Calle <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> V. Violencia armada <input type="checkbox"/> Madre Comunitaria <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Sem de Gestación <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Enf. Mental <input type="checkbox"/> Población a cargo ICBF <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Otros					
Ocupación		MNEOR		Código CIUO			
Tipo de aseguramiento		<input type="checkbox"/> Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Sin afiliación <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> M. Prepagada <input type="checkbox"/> R. Especial <input type="checkbox"/> R. Excepción					
Entidad administradora		CAPITAL S					
Estado civil		<input checked="" type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Sin dato					
Nivel Educativo		<input type="checkbox"/> No fue a la escuela <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Tecnico post secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Postgrado incompleto <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Tecnico post secundaria completa <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Postgrado completo <input checked="" type="checkbox"/> Sin dato					
Notificación							
Fuente		<input checked="" type="checkbox"/> Notificación rutinaria <input type="checkbox"/> Búsqueda activa institucional					
Municipio procedencia		BOGOTÁ		Área procedencia		<input type="checkbox"/> Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centros poblados <input type="checkbox"/> Rural disperso	
Clasificación inicial del caso		<input type="checkbox"/> Sospechoso					
Fecha consulta		28/03/2023 12:00:00 a. m.		Nivel de riesgo inicial		<input type="checkbox"/> Prioritario <input checked="" type="checkbox"/> Control	
Condición final		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> No sabe, no respond		Fecha defunción		<input type="checkbox"/> N° certificado <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre Profesional		PAEZ CASTELLANOS MARIA CAMILA		Teléfono profesional		3202421219	
Clasificación final del caso		<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Conf por laboratorio <input type="checkbox"/> Conf por clínica <input type="checkbox"/> Conf por nexos epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Otra actualización <input type="checkbox"/> Descartado por error de digitación					
Nivel de riesgo final del caso		<input type="checkbox"/> Prioritario <input checked="" type="checkbox"/> Control					
Datos básicos adicionales del paciente							
Eventos Individuales - Cara B							
Secretaría Educación Distrital							
Conformación familiar		<input type="checkbox"/> Solo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Padre <input checked="" type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otros					
Situaciones especiales		<input type="checkbox"/> Persona con Discapacidad					
Actividad de la víctima		<input type="checkbox"/> Lideres (as) cívicos <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Trabajador (a) domestico (a) <input type="checkbox"/> Persona en situación de prostitución <input type="checkbox"/> Campesino (a) <input type="checkbox"/> Persona dedicada al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> Persona que cuida a otra <input type="checkbox"/> Ninguno					
Orientación sexual		<input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input checked="" type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Asexual					
Identidad género		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero		Persona consumidora de SPA <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Persona con jefatura de hogar		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Alcohol victima <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Convive con el agresor		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Victima del conflicto armado		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Trastorno mental <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Desempleo		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Condiciones socioeconomicas desfavorables <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Sin redes de apoyo		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Pareja estable <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Fecha del hecho		28/03/2023 12:00:00 a. m.		Desconocimiento de derechos <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
				Antecedentes de violencia <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			

Formato para la captura de datos del evento Violencia Intrafamiliar, Maltrato infantil y Violencia Sexual

SIVIM - Vigilancia Epidemiológica

Situación de Violencia

		Emocional	Física	Sexual	Económica	Negligencia	Abandono
Lugar de ocurrencia		HOGAR				HOGAR	
¿Ocurrió antes?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad							
1er Agresor							
Relación		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Drogas		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
2do Agresor							
Relación		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Drogas		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
3er Agresor							
Relación		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Drogas		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
4to Agresor							
Relación		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Drogas		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
5to Agresor							
Relación		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Drogas		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

Violencia sexual

- ☐ Acoso sexual
☐ Acceso carnal
☐ Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes
☐ Trata de personas con fines de explotación sexual
☐ Actos sexuales
☐ Otras violencias sexuales
☐ Entornos digitales

- Mecanismo**
☐ Ahorcamiento\estrangulamiento\sofocación
☐ Cortante\ cortonpunzante \punzante
☐ Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas
☐ Sustancias de uso doméstico que causan irritación

Atención en salud del prestador de salud

- ☐ Profilaxis VIH
☐ Otras Profilaxis
☐ Remisión a protección
☐ Atención en urgencias
☐ Profilaxis hepatitis B
☐ Orientación IVE
☐ Toma de pruebas diagnósticas

- ☐ Anticoncepción de emergencia
☐ Atención en Salud
☐ Recolección de evidencia médica legal
☐ Informe a autoridades\Denuncia a policía judicial(URI,CTI), Fiscalía Policía Nacional

- ☐ Caldas
☐ Proyectil arma de fuego
☐ Quemadura con líquido hirviendo
☐ ¿Cuál otro mecanismo?

- ☐ Contundente\cortocontundente
☐ Quemadura por fuego o llama
☐ Otros mecanismos

Sitio anatómico comprometido con quemadura

- ☐ Cara ☐ Cuello ☐ Mano ☐ Pies ☐ Pliegues ☐ Genitales ☐ Tronco ☐ Miembro Super. ☐ Miembro Infer.

Grado

- ☐ Primer Grado ☐ Segundo Grado ☐ Tercer Grado

En el momento de la

atención presenta:

- ☐ Hematomas o Moretones ☐ Dolores Corporales
☐ Fracturas ☐ Tristeza o Llanto
☐ Angustia nerviosismo ☐ Problemas para dormir
☐ Otros Problemas

Extensión

- ☐ Menor o igual al 5%

Manejo en la institución

- ☐ Del 6% al 14% ☐ Mayor o igual al 15%
☐ Atención Médica ☐ Asesoría Psicológica
☐ Asesoría Legal ☐ Protección
☐ Orientación ☐ Remisión
☐ Otra Atención

Atención y manejo inicial: Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)

¿Dónde se detectó el caso?

- ☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Línea 106 ☐ ¿Cuál?
☐ Centro Educativo ☐ Reporte Comunitario ☐ Otro

Valoración de riesgo

- ☐ Alto ☐ Medio
☐ Bajo ☐ Ninguno

Subred responsable del seguimiento		Fecha inicio seguimiento	
¿Se programó visita domiciliaria? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		dd/mm/aaaa	
¿Se realizó visita domiciliaria? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Fecha programación	
		dd/mm/aaaa	
¿Se realizó remisión inicial? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Fecha visita realización	
¿Donde remisión inicial?		dd/mm/aaaa	
<input type="checkbox"/> Centro Zonal ICBF <input type="checkbox"/> CAIVAS(Centro de Atención Integral a Víctimas de V. Sexual) <input type="checkbox"/> Medicina Legal <input type="checkbox"/> Otra Institución <input type="checkbox"/> Casa refugio <input type="checkbox"/> CAVIF(Centro de Atención a Víctimas de V. Intrafamiliar) <input type="checkbox"/> Entorno hogar		<input type="checkbox"/> Comisaría de Familia <input type="checkbox"/> Salud mental(Plan de beneficios) <input type="checkbox"/> Casa de igualdad de oportunidades <input type="checkbox"/> Casas de justicia <input type="checkbox"/> Secretaría de integración social <input type="checkbox"/> Centro unico recepción niños y adolescentes	
Otra institución ¿cuál?			
Radicado a		Fiscalía	
ICBF		Otro	
Actividad seguimiento		Caso cerrado en	
<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Seguimiento telefónico <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria <input type="checkbox"/> Monitoreo a la entidad		<input type="checkbox"/> Video llamada <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Cumplimiento en atención integral en salud <input type="checkbox"/> Inicio de judicialización <input type="checkbox"/> Atención integral en curso <input type="checkbox"/> Cumplimiento en atención integral en salud e Inicio de Judicialización	
Fecha cierre de caso		Resultado IEC	
dd/mm/aaaa		<input type="checkbox"/> Fallido <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Sin abordar	
Abordado por subsistema con ID		SIVELCE	
SISVECOS		VESPA	

Descripción del caso a partir de la IEC (Caso notificado por (UI o UPGD) de presunto evento por presunto agresor. Descripción de manera específica de factores de riesgo, protectores e impacto del evento en la persona y la familia. Descripción de la o las remisiones al plan de beneficios y a otros sectores con la información existente)

Observaciones

MENOR CON DX DE DESNUTRICION PROTEICOALORICA, Y CON ESQUEMA DE VACUNAS INCOMPLETA.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

ESE

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION HOSPITALIZACION

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 29/03/2023 11:24:48 a. m. N° FOLIO: 9

Nombre Paciente: BROYER GREINSFFEIST ANDRES FELIPE

Identificación: 1146149978

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 23/noviembre/2020 Edad Actual: 2 Años / 9 Meses / 12 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: Cll62 sur # 81 d 09

Teléfono: 3102522951

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: 8459523

FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

RESPONSABLE: SONIA BROYER

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

CENTRO DE ATENCIÓN: B035 - USS BOSA

ÁREA DE SERVICIO: B035I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA BOSA

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

DIAGNOSTICO MEDICO:

EVOLUCIÓN PEDIATRÍA TURNO DÍA

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:

1. GASTROENTERITIS AGUDA DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCION

1.1. SINDROME EMÉTICO CONTROLADO

2. DESNUTRICION AGUDA MODERADA (Z SCORE P/T: -2.24)

2.1 ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA.

3. RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA ?

SUBJETIVO

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA MAMÁ, QUIEN REFIERE MEJORÍA DEL ESTADO GENERAL, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, TOLERANDO VÍA ORAL, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMÉISIS, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL.

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	36,6000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	21,0000	SATURACION DE OXIGENO	97,0000	TENSION NARTERIA L	89,0000 / 55,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	66,3000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	24,000	FRECUENCIA CARDIACA	100,000	TALLA (Centimetros)	85,3000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	9615,0000	INDICE DE MASA CORPORAL	13214,5100
								GLASGOW	15

OBJETIVO

MEDDIAS ANTROPOMETRIAS: PESO 9615GR TALLA 85.3CM, PC: 50CM, PERIMETRO BRAQUIAL: 13CM (Z SCORE P/T: -2.34; P/E: -2.56; T/E:-1.78) CC/ NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIEMTRICO NO MASAS NO MEGALIAS

C/P: RSCS RITMICOS NO SOPLOS RSRS SIN AGREGADOS NO TIRAJES

ABD: BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS RSIS POSITIVOS NO SIGNOS DE IRRTACION PERITONEAL

G/U: MASCULINOS TESTICULOS ENE SCRTO BILATERAL PREPUISIO REDUNDANTE FIMOSIS FISIOLÓGICA, TESTICULOS EN ESCROTO BILATERAL

EXT SIMETRICASMOVILES NO EDEMASPULSOS DISTALES CONSERVADOS

NEU: ACTIVA REACTIVO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION , NO SINGOS DE IRRITACIO MENINGEA

RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

28/03/23.

- UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO LIG. TURBIO DENSIDAD 1.030pH 5.00 LEUCOCITOS Negativo NITRITOS Negativo PROTEINAS 25, GLUCOSA Normal CUERPOS CETONICOS 150 UROBILINOGENO Normal BILIRRUBINA NegativoSANGRE Negativo. SEDIMENTO URINARIOC.

EPITELIALES OCASIONALESBACTERIAS ESCASASLEUCOCITOS 0 - 2 XCMOCO ESCASO

- CUADRO HEMATICO: LEU: 8.15 NEU: 4.67 LINF: 2.75 HB: 10.6 HCTO: 33.4 PLAQ: 273.000

- IONOGRAMA: SODIO: 138.9 POTASIO: 3.68 CLORO: 103.7

- FUNCION RENAL: BUN: 17.9 CREAT: 0.31

- FUNCION HEPATICA: TGO: 38 TGP: 11

- CLIGEMIA BASAL: 77.1

- PCR: 0.680

- COLESTEROL TOTAL 115, TRIGLICÉRIDOS 32, HDL 49.4

- ALBÚMINA 4.23, PROTEINAS 6.62

- TSH 1.07, T4L 1.56

ANALISIS

PACIENTE MACULINO DE 2 AÑOS DE EDAD, HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Z SCORE P/T: -2.24 Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCIÓN. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE ALERTA, ACTIVO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. AL EXAMEN FFÍSICO SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, TÓRAX SIMÉTRICO, SN AGREGADOS, SIN TIRAJES, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A PALPACIÓN, NEUROLÓGICO CNSERVADO, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE. CUENTA CON PARACLÍNICOS QUE EVIDENCIAN UROANÁLISIS NO SUGESTIVO DE INFECCIÓN, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS CON ANEMIA NORNOCITICA NORMOCROMICA SIN CRITERIOS DE TRANSFUSION, ELECTROLITOS DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, FUNCÓN RENAL CONSERVADA, FUNCIÓN HEPÁTICA SIN ALTERACIONES, NORMOGLICEMIA, PCR POSITIVA NO SIGNIFICATIVA, PERFIL LIPÍDICO NORMAL, ALBÚMINA Y PROTEÍNAS DENTRO DE RANGOS NORMALES Y PERFIL TIRIDEO CONSERVADO. PACIENTE YA VALORADO POR TRABAJO SOCIAL, QUIENES CONCLUYEN: SE REALIZA INTERVENCIÓN POR EL AREA, ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA,SE VERIFICA RED DE APOYO FAMILIAR E INSTITUCIONAL, SE VERIFICA CONTROLES, VACUNAS , EPS. SE DILIGENCIA FICHA SIVIM PARA SEGUIMIENTO AMBULATORIO, SE REALIZA REPORTE A ICBF, PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, UNA VEZ MENOR SEA DADO DE ALTA SERÁ COLOCADO A DISPOSICIÓN DE ICBF. SE CIERRA INTERCONSULTA POR EL ÁREA. YA VALORADA POR SERVICIO DE NUTRICIÓN, QUIENES INDICAN INICIO DE FÓRMULA F 75 A 97 CC CADA 3 HORAS. PENDIENTE REVALORACION EL DIA DE HOY PARA DEFINIR PASO A FTLC, ASI MISMO AL EGRESO INICIAR SULÑFATO FERROSO. SEGUIMIENTO DE PESO DIARIO. EN EL MOMENTO SE CONSIDERA PACIENTE CON EVOLUCIÓN LENTA. CONTINÚA MANEJO MÉDICO INTRAHOSPITALARIO, SE SUSPENDEN LÍQUIDOS ENDOVENOSOS. POR LO DEMÁS, CONTINÚA MANEJO MÉDICO INSTAURADO. SE LE EXPLICA A LA MADRE MANEJOY CONDUCTA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

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

PLAN DE TRATAMIENTO

- HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
- FORMULA F 75 97 CC CADA 3 HORAS **FORMULADA POR NUTRICIÓN**
- LACTATO DE RINGER PASAR A 40 CC/H **SUSPENDER**
- ACETAMINOFEN 5CC VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE
- PESO DIARIO EN LA MISMA BASCULA Y A LA MISMA HORA
- 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.

SI

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

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.
USO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE.
ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS PARA PREVENCION DE ENFERMEDADES.
PREVENCION DE MALTRATO , VIOLENCIAS Y NEGLIGENCIA .

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN
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	

PRIMERA
INFANCIA
VACUNACIÓN

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
Z658	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación .					

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE /60 ML	ACETAMINOFÉN JARABE. DAR 5 CC CADA 6 HORAS SI PRESENTA FIEBRE

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: **Hospitalizacion**
Detalle Indicación: - HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA- FORMULA F 75 97 CC CADA 3 HORAS **FORMULADA POR NUTRICIÓN** - LACTATO DE RINGER PASAR A 40 CC/H **SUSPENDER**- ACETAMINOFEN 5CC VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE - PESO DIARIO EN LA MISMA BASCULA Y A LA MISMA HORA - CSV-AC



Nombre Medico: MARTINEZ GUZMAN DIANA PAOLA
Registro: 1018427417
Especialidad: PEDIATRIA



Nombre Medico: DIANA PAOLA MARTINEZ GUZMAN
Registro: 1018427417
Especialidad: PEDIATRIA

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 1146149978 IDENTIFICACION: 1146149978 EDAD: 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 TELEFONO: 3209639091 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 8459523 FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
RESPONSABLE: SONIA BROYER DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

Acompañante: SONIA BROYER

EVOLUCION NUTRICION PEDIATRIA

MC MC:

Edad: 0,0000

Peso Anterior 9.70 Peso Actual 9.70 Talla Anterior Talla Actual

Peso/Edad

Talla/Edad

Peso/Talla

Indice de Masa Corporal

P/B

SUBJETIVO

VALORACION DE INICIO

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE INGRESO: PESO ACTUAL: 9.70 GR, TALLA: 85, PERIEMTRO BRANQUIAL 13 CM,

PERIMETRO CEFALICO: 48 CM (PERCENTILES: T/E: -1.66DE, CC/EDAD: -0.53DE, P/T: -2.34DE)

DX: DESNUTRICION AGUDA MODERADA

INICIO DE FORMULA 75 PARA FASE DE ESTABILIZACION

OBJETIVO

SE REALIZA SEGUIMIENTO DE PESO DIARIO

PESO ACTUAL DE 9.70 KG, QUIEN SE MANTUVO EN PESO A DIFERENCIA DEL DIA ANTERIOR

LABORATORIOS

28/03/23.
- UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO LIG. TURBIO DENSIDAD 1.030 pH 5.00 LEUCOCITOS Negativo NITRITOS
Negativo PROTEINAS 25, GLUCOSA Normal CUERPOS CETONICOS 150 UROBILINOGENO Normal BILIRRUBINA
Negativo SANGRE Negativo. SEDIMENTO URINARIO OCASIONALES BACTERIAS ESCASAS LEUCOCITOS 0 - 2
XCMOCO ESCASO
- CUADRO HEMATICO: LEU: 8.15 NEU: 4.67 LINF: 2.75 HB: 10.6 HCTO: 33.4 PLAQ: 273.000
- IONOGRAMA: SODIO: 138.9 POTASIO: 3.68 CLORO: 103.7
- FUNCION RENAL: BUN: 17.9 CREAT: 0.31
- FUNCION HEPATICA: TGO: 38 TGP: 11
- CLIGEMIA BASAL: 77.1
- PCR: 0.680
- COLESTEROL TOTAL 115, TRIGLICÉRIDOS 32, HDL 49.4
- ALBÚMINA 4.23, PROTEINAS 6.62
- TSH 1.07, T4L 1.56

CONCEPTO NUTRICIONAL

EL DIA DE HOY EL MENOR NO ACEPTO LA FORMULA F75, POR TAL MOTIVO SE DECIDE INICIAR TRATAMIENTO CON LA

FTLC

MANEJO Y DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

DESNUTRICION AGUADA MODERADA

SOPORTE NUTRICIONAL

SE REALIZA PRUEBA DE APETTO CON LA FTLC + COMPLEMENTARIA 3 SIN SOPAS, NI JUGOS
SEGUIMIENTO DE PESO DIARIO

DIAGNOSTICOS

SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Impo
E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA		Ppal. <input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación
Hospitalizacion	

Médico DIANA JOHANNA MERCADO
OSORIO

Identificación 55237603

Registro Médico 55237603

Especialidad NUTRICION Y DIETETICA

Firma:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA**DATOS DEL PACIENTE****N° Historia Clínica:****Nombre Paciente:** ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST**Fecha Nacimiento:** 23/noviembre/2020 **Edad Actual:****Dirección:** Cll62 sur # 81 d 09**Procedencia:** BOGOTA**FECHA DE FOLIO:** 30/03/2023 10:08:49 a. m. **N° FOLIO:** 11**Identificación:** 1146149978**Sexo:** Masculino**Estado Civil:** Soltero**Teléfono:** 3209639091**Ocupación:** OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS**DATOS DE AFILIACIÓN****Entidad:** CAPITAL SALUD**Régimen:** Regimen_Simplificado**Plan Beneficios:** EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023**Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1**DATOS DE LA ADMISIÓN:****N° INGRESO:** 8459523**FECHA DE INGRESO:** 28/03/2023 3:56:23 a. m.**FINALIDAD CONSULTA:** No_Aplica**CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General**RESPONSABLE:** SONIA BROYER**DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR **TELEFONO RESPONSABLE:**3209639091**CENTRO DE ATENCIÓN:** BO35 - USS BOSA**ÁREA DE SERVICIO:** B035I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA BOSA**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (MENOR DE 15 AÑOS)**

EDAD	
RECÍEN 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)	1,0000
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	1,0000
--------------	--------

CLASIFICACIÓN RIESGO	RIESGO BAJO
----------------------	-------------

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	0,0000
SIN PROBLEMA APARENTE	3,0000

NUTRICIÓN	
MUY POBRE	0,0000
INADECUADA	0,0000
ADECUADA	0,0000
EXCELENTE	4,0000

PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	
MUY COMPROMETIDA	0,0000
COMPROMETIDA	0,0000
ADECUADA	0,0000
EXCELENTE	4,0000

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	28/03/2023	- PERINATALES: FRUTO DE CUARTA GESTACIÓN DE MADRE DE 27 AÑOS PARTO VAGINAL DE 32 ? SEMANAS, PAN: 2730 G, TAN: NO RECUERDA EGRESO CONJUNTO. - PATOLÓGICOS: NO REFIERE - HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE - QUIRÚRGICOS: NO REFIERE - ALÉRGICOS: NO REFIERE - ATÓPICOS: NO REFIERE - TRANSFUSIONALES: NO REFIERE - TRAUMÁTICOS: NO REFIERE - FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE - FAMILIARES: TIOMATERO, HTA, DM, TIO MATERNO CARDIOPATA, - PAI: INCOMPLETO PARA LA EDAD, PEIDNEITE ESQUEMA DE 18 MESES - NEURODESARROLLO: ADECUADO PARA LA EDAD.
Médicos	25/08/2023	ANOTADOS
INDICACIONES MEDICAS		

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Detalle Indicación:

Sandra Solis

Profesional: SOLIS BOYA SANDRA MILENA
Cédula: 1012325650
Tipo Medico: Auxiliar_Enfermeria

Usuario: 52773141
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: 30/03/2023 11:26:12 a. m. N° FOLIO: 12

Nombre Paciente: BROYER GREINSFFEIST ANDRES FELIPE

Identificación: 1146149978

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 23/noviembre/2020 Edad Actual: 2 Años / 9 Meses / 12 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: Cll62 sur # 81 d 09

Teléfono: 3102522951

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: 8459523

FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

RESPONSABLE: SONIA BROYER

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

CENTRO DE ATENCIÓN: B035 - USS BOSA

ÁREA DE SERVICIO: B035I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA BOSA

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

DIAGNOSTICO MEDICO:

EVOLUCIÓN PEDIATRÍA TURNO MAÑANA

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:

1. GASTROENTERITIS AGUDA DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCION

1.1. SINDROME EMÉTICO CONTROLADO

2. DESNUTRICION AGUDA MODERADA (Z SCORE P/T: -2.24)

2.1 ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA.

3. RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA ?

SUBJETIVO

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA MAMÁ, QUIEN REFIERE MEJORÍA DEL ESTADO GENERAL, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, TOLERANDO VÍA ORAL, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMÉISIS, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL.

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	35,5000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	21,0000	SATURACION DE OXIGENO	95,0000	TENSION NARTERIA L	95,0000 / 69,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	77,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	24,000	FRECUENCIA CARDIACA	106,000	TALLA (Centimetros)	85,3000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	9615,0000	INDICE DE MASA CORPORAL	13214,5100
								GLASGOW	15

OBJETIVO

MEDIDAS ANTROPOMETRIAS: PESO 9615GR TALLA 85.3CM, PC: 50CM, PERIMETRO BRAQUIAL: 13CM (Z SCORE P/T: -2.34; P/E: -2.56; T/E:-1.78) CC/ NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIEMTRICO NO MASAS NO MEGALIAS

C/P: RSCS RITMICOS NO SOPLOS RSRs SIN AGREGADOS NO TIRAJES

ABD: BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS RSIS POSITIVOS NO SIGNOS DE IRRTACION PERITONEAL

G/U: MASCULINOS TESTICULOS ENE SCRTO BILATERAL PREPUISIO REDUNDANTE FIMOSIS FISIOLÓGICA, TESTICULOS EN ESCROTO BILATERAL

EXT SIMETRICASMOVILES NO EDEMASPULSOS DISTALES CONSERVADOS

NEU: ACTIVA REACTIVO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION , NO SINGOS DE IRRITACIO MENINGEA

RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

28/03/23.

- UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO LIG. TURBIO DENSIDAD 1.030pH 5.00 LEUCOCITOS Negativo NITRITOS Negativo PROTEINAS 25, GLUCOSA Normal CUERPOS CETONICOS 150 UROBILINOGENO Normal BILIRRUBINA NegativoSANGRE Negativo. SEDIMENTO URINARIOC.

EPITELIALES OCASIONALESBACTERIAS ESCASASLEUCOCITOS 0 - 2 XCMOCO ESCASO

- CUADRO HEMATICO: LEU: 8.15 NEU: 4.67 LINf: 2.75 HB: 10.6 HCTO: 33.4 PLAQ: 273.000

- IONOGRAMA: SODIO: 138.9 POTASIO: 3.68 CLORO: 103.7

- FUNCION RENAL: BUN: 17.9 CREAT: 0.31

- FUNCION HEPATICA: TGO: 38 TGP: 11

- CLIGEMIA BASAL: 77.1

- PCR: 0.680

- COLESTEROL TOTAL 115, TRIGLICÉRIDOS 32, HDL 49.4

- ALBÚMINA 4.23, PROTEINAS 6.62

- TSH 1.07, T4L 1.56

ANALISIS

PACIENTE MACULINO DE 2 AÑOS DE EDAD, HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Z SCORE P/T: -2.24 Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCIÓN. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE ALERTA, ACTIVO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, TÓRAX SIMÉTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A PALPACIÓN. CUENTA CON PARACLÍNICOS QUE EVIDENCIAN UROANÁLISIS NO SUGESTIVO DE INFECCIÓN, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS CON ANEMIA NORNOCITICA NORMOCROMICA SIN CRITERIOS DE TRANSFUSION. PACIENTE YA VALORADO POR TRABAJO SOCIAL DONDE DILIGENCIAN FICHA SIVIM PARA SEGUIMIENTO AMBULATORIO, SE REALIZA REPORTE A ICBF, AL EGRESO COLOCAR AL MENOR A DISPOSICIÓN DE ICBF, CIERRAN INTERCONSULTA POR EL ÁREA. NUTRICIÓN EL DIA DE HOY REFIERE QUE EL MENOR NO ACEPTO LA FORMULA F75, POR TAL MOTIVO SE DECIDE INICIAR TRATAMIENTO CON LA FTLC PRUEBA DE APETTO CON LA FTLC + COMPLEMENTARIA 3 SIN SOPAS, NI JUGOS. EN SEGUIMIENTO DE PESO DIARIO, Y ACOPLA A FORMULA TERAPEUTICA, ASI MISMO AL EGRESO INICIAR SULFATO FERROSO. EN EL MOMENTO SE CONSIDERA PACIENTE CON EVOLUCIÓN LENTA. POR LO DEMÁS, CONTINÚA MANEJO MÉDICO INSTAURADO CON ANALGESIA. SE LE EXPLICA A LA MADRE MANEJOY CONDUCTA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN NO APLICA

SALE CON CITA DE CPN

NO APLICA

PLAN DE TRATAMIENTO

- CONTINUA HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
- FTLC + COMPLEMENTARIA 3 SIN SOPAS, NI JUGOS **FORMULADA POR NUTRICIÓN**
- ACETAMINOFEN 5CC VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE
- PESO DIARIO EN LA MISMA BASCULA Y A LA MISMA HORA
- SEGUIMIENTO POR NUTRICION
- AL EGRESO TRASLADO PACIENTE A ICBF
- 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.

SI

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

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.
USO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE.
ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS PARA PREVENCION DE ENFERMEDADES.
PREVENCION DE MALTRATO , VIOLENCIAS Y NEGLIGENCIA .

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN
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	

PRIMERA
INFANCIA
VACUNACIÓN

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación .					
Z658	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE /60 ML	ACETAMINOFÉN JARABE. DAR 5 CC CADA 6 HORAS SI PRESENTA FIEBRE

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion
Detalle Indicación: - CONTINUA HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA- FTLC + COMPLEMENTARIA 3 SIN SOPAS, NI JUGOS **FORMULADA POR NUTRICIÓN** - ACETAMINOFEN 5CC VIA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE - PESO DIARIO EN LA MISMA BASCULA Y A LA MISMA HORA - SEGUIMIENTO POR NUTRICION - AL EGRESO TRASLADO PACIENTE A ICBF- CSV-AC



Nombre Medico: PAJARO SANJUANELO GREGORIO
RAFAEL
Registro: 8731109
Especialidad PEDIATRIA



Nombre Medico: GREGORIO RAFAEL PAJARO
SANJUANELO
Registro: 8731109
Especialidad PEDIATRIA

EVOLUCION VALORACION NUTRICIONAL
PEDIATRIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 1146149978 **IDENTIFICACION:** 1146149978 **EDAD:** 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/11/2020 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 **TELEFONO:** 3209639091 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 8459523 **FECHA DE INGRESO:** 28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: SONIA BROYER **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR **TELEFONO RESPONSABLE:** 3209639091

Acompañante: SONIA BROYER

EVOLUCION NUTRICION PEDIATRIA

MC MC:

Edad: 0,0000

Peso Anterior 9.70 **Peso Actual** 9.70 **Talla Anterior** **Talla Actual**

Peso/Edad

Talla/Edad

Peso/Talla

Indice de Masa Corporal

P/B

SUBJETIVO

VALORACION DE INICIO

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE INGRESO: PESO ACTUAL:9.70 GR, TALLA:85 ,PERIEMTRO BRANQUIAL 13 CM,

PERIMETRO CEFALICO:48 CM (PERCENTILES: T/E: -1.66DE, CC/EDAD: -0.53DE , P/T:_ -2.34DE)

DX: DESNUTRICION AGUDA MODERADA

INICIO DE FORMULA 75 PARA FASE DE ESTABILIZACION

OBJETIVO

SE REALIZA SEGUIMIENTO DE PESO DIARIO

PESO ACTUAL DE 9.70 KG, QUIEN SE MANTUVO EN PESO A DIFERENCIA DEL DIA ANTERIOR

LABORATORIOS

- 28/03/23.
- UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO LIG. TURBIO DENSIDAD 1.030pH 5.00 LEUCOCITOS Negativo NITRITOS Negativo PROTEINAS 25, GLUCOSA Normal CUERPOS CETONICOS 150 UROBILINOGENO Normal BILIRRUBINA NegativoSANGRE Negativo. SEDIMENTO URINARIOC. EPITELIALES OCASIONALESBACTERIAS ESCASASLEUCOCITOS 0 - 2 XCMOCO ESCASO
 - CUADRO HEMATICO: LEU: 8.15 NEU: 4.67 LINF: 2.75 HB: 10.6 HCTO: 33.4 PLAQ: 273.000
 - IONOGRAMA: SODIO: 138.9 POTASIO: 3.68 CLORO: 103.7
 - FUNCION RENAL: BUN: 17.9 CREAT: 0.31
 - FUNCION HEPATICA: TGO: 38 TGP: 11
 - CLIGEMIA BASAL: 77.1
 - PCR: 0.680
 - COLESTEROL TOTAL 115, TRIGLICÉRIDOS 32, HDL 49.4
 - ALBÚMINA 4.23, PROTEINAS 6.62
 - TSH 1.07, T4L 1.56

CONCEPTO NUTRICIONAL

DESNUTRICION AGUADA MODERADA

MANEJO Y DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

PACENTE QUIEN SE ENCUENTRA TOLERANDO LA FTLC POR TAL MOTIVO REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO EN CASA

SOPORTE NUTRICIONAL

FTLC 2.5 SOBRES DIA / CON APORTE DE 150 KCL / KG / DIA / LIQUIDOS 150 ml / KG/ DIA
CONTINUAR CON CON EL 50% DEL ALIMENTACION COMPLEMENTARIA 3 (PORCION 1/2 TAZA ALMUERZO Y CENA)
SUSPENDER SOPAS, CALDOS, CREMAS, Y JUGOS
SE ENTREGA RECOMENDACIONES NUTRCIONALES A LA MADRE
CONTROL POR NUTRICION POR CONSULTA EXTERNA A LOS 8 DIAS DEL EGRESO
SE ENTREGA MIPRES FORMULA PARA RECLAMAR FTLC * 30 DIAS
SE GARANTIZA TRATAMIENTO POR 4 DIAS MIENTRAS GESTIONAN MIPRES

DIAGNOSTICOS

SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Impo
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA		Ppal. <input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación
Hospitalizacion	

Médico DIANA JOHANNA MERCADO
OSORIO
Identificación 55237603
Registro Médico 55237603
Especialidad NUTRICION Y DIETETICA

Firma:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica:

Nombre Paciente: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST

Fecha Nacimiento: 23/noviembre/2020 Edad Actual:

Dirección: Cll62 sur # 81 d 09

Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 31/03/2023 9:24:17 a. m. N° FOLIO: 14

Identificación: 1146149978

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3209639091

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: SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8459523

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

RESPONSABLE: SONIA BROYER

CENTRO DE ATENCIÓN: BO35 - USS BOSA

FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.

CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE:3209639091

ÁREA DE SERVICIO: BO35A26 - PEDIATRIA BOSA

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	1,0000
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	4,0000
--------------	--------

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	3,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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	0,0000
SIN PROBLEMA APARENTE	3,0000

NUTRICIÓN	
MUY POBRE	0,0000
INADECUADA	0,0000
ADECUADA	0,0000
EXCELENTE	4,0000

PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	
MUY COMPROMETIDA	0,0000
COMPROMETIDA	0,0000
ADECUADA	0,0000
EXCELENTE	4,0000

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	28/03/2023	- PERINATALES: FRUTO DE CUARTA GESTACIÓN DE MADRE DE 27 AÑOS PARTO VAGINAL DE 32 ? SEMANAS, PAN: 2730 G, TAN: NO RECUERDA EGRESO CONJUNTO. - PATOLÓGICOS: NO REFIERE - HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE - QUIRÚRGICOS: NO REFIERE - ALÉRGICOS: NO REFIERE - ATÓPICOS: NO REFIERE - TRANSFUSIONALES: NO REFIERE - TRAUMÁTICOS: NO REFIERE - FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE - FAMILIARES: TIOMATERNO, HTA, DM, TIO MATERNO CARDIOPATA, - PAI: INCOMPLETO PARA LA EDAD, PEIDNEITE ESQUEMA DE 18 MESES - NEURODESARROLLO: ADECUADO PARA LA EDAD.
Médicos	25/08/2023	ANOTADOS

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Detalle Indicación:

Cindy Bernal

Profesional: BERNAL SUAREZ CINDY PAOLA
Cédula: 1110530275
Tipo Medico: Auxiliar_Enfermeria

Usuario: 52773141
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: 31/03/2023 9:55:35 a. m. N° FOLIO: 15

Nombre Paciente: BROYER GREINSFFEIST ANDRES FELIPE

Identificación: 1146149978

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 23/noviembre/2020 Edad Actual: 2 Años / 9 Meses / 12 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: Cll62 sur # 81 d 09

Teléfono: 3102522951

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: 8459523

FECHA DE INGRESO: 28/03/2023 3:56:23 a. m.

FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

RESPONSABLE: SONIA BROYER

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 3209639091

CENTRO DE ATENCIÓN: B035 - USS BOSA

ÁREA DE SERVICIO: B035I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA BOSA

NOMBRE ACUDIENTE:

RESPONSABLE

TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

Hora inicial de atencion:

DIAGNOSTICO MEDICO:

EVOLUCIÓN PEDIATRÍA TURNO MAÑANA

PRESCOLAR MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:

1. GASTROENTERITIS AGUDA DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCION

1.1. SINDROME EMÉTICO CONTROLADO

2. DESNUTRICION AGUDA MODERADA (Z SCORE P/T: -2.24)

2.1 ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA.

3. RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA

SUBJETIVO

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA MAMÁ, QUIEN REFIERE MEJORÍA DEL ESTADO GENERAL, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, TOLERANDO VÍA ORAL, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMÉISIS, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL.

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	35,5000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	21,0000	SATURACION DE OXIGENO	95,0000	TENSION NARTERIA	95,0000	/	69,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	77,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	24,000	FRECUENCIA CARDIACA	106,000	TALLA (Centimetros)	85,3000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	9615,0000	INDICE DE MASA CORPORAL	13214,5100	GLASGOW	15

OBJETIVO

MEDIDAS ANTROPOMETRIAS: PESO 9615GR TALLA 85.3CM, PC: 50CM, PERIMETRO BRAQUIAL: 13CM (Z SCORE P/T: -2.34; P/E: -2.56; T/E:-1.78) CC/ NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIEMTRICO NO MASAS NO MEGALIAS

C/P: RSCS RITMICOS NO SOPLOS RSRs SIN AGREGADOS NO TIRAJES

ABD: BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS RSIS POSITIVOS NO SIGNOS DE IRRTACION PERITONEAL

G/U: MASCULINOS TESTICULOS ENE SCRTO BILATERAL PREPUSIO REDUNDANTE FIMOSIS FISIOLÓGICA, TESTICULOS EN ESCROTO BILATERAL

EXT SIMETRICASMOVILES NO EDEMASPULSOS DISTALES CONSERVADOS

NEU: ACTIVA REACTIVO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION , NO SINGOS DE IRRITACIO MENINGEA

RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

28/03/23.

- UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO LIG. TURBIO DENSIDAD 1.030pH 5.00 LEUCOCITOS Negativo NITRITOS Negativo PROTEINAS 25, GLUCOSA Normal CUERPOS CETONICOS 150 UROBILINOGENO Normal BILIRRUBINA NegativoSANGRE Negativo. SEDIMENTO URINARIOC.

EPITELIALES OCASIONALESBACTERIAS ESCASASLEUCOCITOS 0 - 2 XCMOCO ESCASO

- CUADRO HEMATICO: LEU: 8.15 NEU: 4.67 LINf: 2.75 HB: 10.6 HCTO: 33.4 PLAQ: 273.000

- IONOGRAMA: SODIO: 138.9 POTASIO: 3.68 CLORO: 103.7

- FUNCION RENAL: BUN: 17.9 CREAT: 0.31

- FUNCION HEPATICA: TGO: 38 TGP: 11

- CLIGEMIA BASAL: 77.1

- PCR: 0.680

- COLESTEROL TOTAL 115, TRIGLICÉRIDOS 32, HDL 49.4

- ALBÚMINA 4.23, PROTEINAS 6.62

- TSH 1.07, T4L 1.56

ANALISIS

PRESCOLAR MACULINO DE 2 AÑOS + 4 MESES DE EDAD, HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Z SCORE P/T: - 2.24 Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL RESUELTA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIGNOS VITALES DENTRO DE META, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A PALPACIÓN. PACIENTE QUIEN TIENE INDICACION DE AL EGRESO COLOCAR AL MENOR A DISPOSICIÓN DE ICBF, NUTRICION INIDICA ACOPLE A FORMULA TERAPEUTICA. POR LO ANTERIOR Y POR LA ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SE DA EGRESO CON SULFATO FERROSO, FORMULA NUTRICIONAL SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES. SE EXPLICA A MADRE LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

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

PLAN DE TRATAMIENTO

- EGRESO
- FTLC + COMPLEMENTARIA 3 SIN SOPAS, NI JUGOS **FORMULADA POR NUTRICIÓN**
- SULFATO FERROSO SOLUCION ORAL 24 GOTAS DIA.
- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES

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.

SI

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

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.
USO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE.
ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS PARA PREVENCION DE ENFERMEDADES.
PREVENCION DE MALTRATO , VIOLENCIAS Y NEGLIGENCIA .

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN
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	
PRIMERA INFANCIA VACUNACIÓN		

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	Definitivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación .					
Z658	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	HIERRO (FERROSO) SULFATO 2,5G/100 - 120 ML SOLUCION ORAL	24 GOTAS DIA.

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación:	Salida
Detalle Indicación:	- EGRESO- FTLC + COMPLEMENTARIA 3 SIN S- *PROTEGER DEL FRÍO - SULFATO FERROSO SOLUCION ORAL 24 GOTAS DIA. - SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES *EVITAR CONTACTO CON PERSONAS CON GRIPA O "ENFERMAS DE LOS PULMONES", PROMOVRIENDO EL USO CONTINUO DEL TAPABOCAS QUIRURGICO (RECORDAR QUE UN TAPABOCAS SOLO TIENE UN BUEN EFECTO DE BARRERA DURANTE 24 HORAS Y DEBE USARSE ÚNICAMENTE EN MAYORES DE 5 AÑOS O EN MAYORES DE 2 AÑOS SIEMPRE BAJO SUPERVISIÓN DE UN ADULTO) *DAR DIETA RICA EN LÍQUIDOS*EVITAR EL USO DE MEDICAMENTOS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADOS POR SU MÉDICO (LOS MEDICAMENTOS CONTRA LA TOS ESTÁN CONTRAINDICADOS EN NIÑOS) *EVITAR CONTACTO CON FUMADORES ***ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI SU NIÑO PRESENTA RESPIRACIÓN RÁPIDA, HUNDIMIENTO DE COSTILLAS, COLORACIÓN AZUL EN BOCA O MANOS/PIES, ALETEO EN LA NARIZ, "HERVIDERA DE PECHO" O QUE SUENE COMO SI TUVIERA UN GATO DENTRO, CONVULSIONES, VÓMITO CONSTANTE, FIEBRE > 38°C QUE NO CEDA CON ACETAMINOFÉN A DOSIS ADECUADA Y CON UN BAÑO DE 20 MINUTOS DE AGUA TIBIA, FIEBRE QUE DURE MÁS DE 3 DÍAS, 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. OPAS, NI JUGOS **FORMULADA POR NUTRICIÓN**



Nombre Medico: MARTINEZ GUZMAN DIANA PAOLA
Registro: 1018427417
Especialidad: PEDIATRIA



Nombre Medico: DIANA PAOLA MARTINEZ GUZMAN
Registro: 1018427417
Especialidad: PEDIATRIA

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

FECHA DE FOLIO: 3/04/2023 2:04:08 p. m. N° FOLIO:16

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA:	1146149978	IDENTIFICACION:	1146149978	EDAD:	2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE:	ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST	FECHA DE NACIMIENTO:	23/11/2020 12:00:00 a. m.	SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero	NIVEL / ESTRATO:	SUBSIDIADO NIVEL 1		
ENTIDAD:	EPSS34	TIPO DE REGIMEN:	Subsidiado		
DIRECCION:	Cll62 sur # 81 d 09	TELEFONO:	3209639091	PROCEDENCIA:	BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	8459523	FECHA DE INGRESO:	28/03/2023 3:56:23 a. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	SONIA BROYER	DIRECCION RESPONSABLE:	CALLE 82 BIS 61 - 28 SUR
		TELEFONO RESPONSABLE:	3209639091

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)

URGENCIAS// CONSENTIMIENTO INFORMADO // PEDIATRIA

Archivos Adjuntos

Image_00001.pdf

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1146149978 Tipo_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1146149978 **EDAD:** 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/11/2020 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 **TELEFONO:** 3209639091 **PROCEDECENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8553356 **FECHA DE INGRESO:** 14/04/2023 2:15:34 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra
RESPONSABLE: jh **DIRECCION RESPONSABLE:** h **TELEFONO RESPONSABLE:** 4

MOTIVO DE CONSULTA

" ESTA BAJITO DE PESO "

☐ CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE ES TRAI DO POR LA MADRE QUIEN REFIERE PRESENTO HOSPITALIZACION DEL 28 AL 31 DE MARZO 2023 EN BOSA POR 1. GASTROENTERITIS AGUDA DE PRESUNTO ORIGEN VIRAL EN RESOLUCION 1.1. SINDROME EMÉTICO CONTROLADO 2. DESNUTRICION AGUDA MODERADA (Z SCORE P/T: -2.24) 2.1 ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA. 3. RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA FUE VALORADO POR NUTRICION EN HOSPITALIZACION FTLC 2.5 SOBRES DIA / CON APOORTE DE 150 KCL / KG / DIA / LIQUIDOS 150 ml / KG/ DIA CONTINUAR CON CON EL 50% DEL ALIMENTACION COMPLEMENTARIA 3 (PORCION 1/2 TAZA ALMUERZO Y CENA) SUSPENDER SOPAS, CALDOS, CREMAS, Y JUGOSSE ENTREGA RECOMENDACIONES NUTRICIONALES A LA MADRE CONTROL POR NUTRICION POR CONSULTA EXTERNA A LOS 8 DIAS DEL EGRESO SE ENTREGA MIPRES FORMULA PARA RECLAMAR FTLC * 30 DIAS SE GARANTIZA TRATAMIENTO POR 4 DIAS MIENTRAS GESTIONAN MIPRES RECUENTO DE 24 HORAS DESAYUNO : HUEVOS REVUELTOS + Galletas Y CHOCOLATE ONCES : Galletas CON JUGO ALMUERZO : ARROZ GARBANZO CARNE Y JUGO ONCES : PAN CON MANTEQUILLA CENA : ARROZ PASTA Y POLLO MAS DOS SOBRES DE FTLC . SE ACUESTA A LAS 8 PM Y SE LEVANTA A LAS 8 AM

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: DESNUTRICION AGUDA MODERADA (Z SCORE P/T: -2.24) ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA. RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
TRANSFUSIONALES: NO REFIERE
HOSPITALARIOS: NO 1 A LOS 2 AÑOS POR DESNUTRICION
TRAUMATICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
TÓXICOS: NO REFIERE
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
FAMILIARES: MADRE : 29 AÑOS , FENOTIPO LONGILINEO PADRE : Desarrollo psicomotor: IMPRESIONA ACORDE A EDAD
28 AÑOS, DELGADO
PERINATALES: PRODUCTO DE 4 GESTACION DE MADRE DE 27 AÑOS, PERFIL STORCH NEGATIVO, OBTENIDO A LAS 37 SEMANAS , PARTO VAGINAL EUTOSICO, PAN : 2.730 GRAMOS , ADAPTACION NEONATAL ESPONTANEA, NIEGA INGRESO A URN. **PATOLOGIAS PERINATELES:**

CUADRO DE VACUNAS:

vacuna	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	1 Ref.	2 Ref.
BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN	<input 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"/>
Hemofilus 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:** **Talla al Nacer:**
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:** Riesgo de Desnutrición
Lactancia Complementaria (meses):

Alimentación actual:

Profesional: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
Cédula: 1020730330
Especialidad: PEDIATRIA

Familiograma:

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): 10,10	Talla (cm): 83,50	Perimetro Cefálico (cm): 47	Perimetro Torácico (cm):	Temperatura: 36.5	Tensión Arterial:
Frecuencia Respiratoria: 20		Frecuencia Cardiaca: 102	Riesgo Nutricional: Riesgo de Desnutrición	Escala del Dolor:	0,0000

ESTADO GENERAL:

Examen fisico:

Estado general: BUENAS CONDICIONES GENERALES

P/T:-1.22 ZS

P/E:-2.20 ZS

T/E:-2.43 ZS

IMC/E:-0.95 ZS

CC/E: -1.29 ZS

Examen Fisico:

- CCC/ NORMOCÉFALO, NO MASAS, NO REBLANDECIMIENTOS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE SIN LESIONES, RINOSCOPIA NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS.
 - CP/ TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, 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/ GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, SIN LESIONES
 - EXT/ EUTRÓFICAS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR CONSERVADO, PULSOS SIMÉTRICOS BILATERALES.
 - PIEL/ LESION EXOFITICA EN HOMBRO IZQUIERDO
 - 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.

Paraclínicos

NO TRAE

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	28/03/2023	- PERINATALES: FRUTO DE CUARTA GESTACIÓN DE MADRE DE 27 AÑOS PARTO VAGINAL DE 32 ? SEMANAS, PAN: 2730 G, TAN: NO RECUERDA EGRESO CONJUNTO. - PATOLÓGICOS: NO REFIERE- HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE- QUIRÚRGICOS: NO REFIERE- ALÉRGICOS: NO REFIERE- ATÓPICOS: NO REFIERE- TRANSFUSIONALES: NO REFIERE- TRAUMÁTICOS: NO REFIERE- FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE- FAMILIARES: TIOMATERO, HTA, DM, TIO MATERNO CARDIOPATA, - PAI: INCOMPLETO PARA LA EDAD, PEIDNEITE ESQUEMA DE 18 MESES - NEURODESARROLLO: ADECUADO PARA LA EDAD.

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre
Z724	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS

Observaciones:

Tipo	Principal
Presuntivo	True



Profesional: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
 Cédula: 1020730330
 Especialidad: PEDIATRIA

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

FECHA DE FOLIO: 14/04/2023 4:46:52 p. m. N° FOLIO: 17

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ANALISIS

ANDRES, PACIENTE PREESCOLAR MASCULINO CON DIAGNOSTICOS DE :

1. DESNUTRICION CRONICA CON RIESGO DE AGUDIZACION
2. NEURODESARROLLO ACORDE A EDAD
3. LESION PEDICULADA EN HOMBRO A ESTUDIO

PLAN :

PAUTAS ALIMENTARIAS, DIETA HIPERCALORICA
SUSPENDER SOPAS, CALDOS, CREMAS, Y JUGOS
CONTROL EN 20 DIAS
VAL POR DERMATOLOGIA

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YALE

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YIOS

ESCALA DE WESTLEY

ESCALA WOOD-DOWNES MODIFICADA FERRES(BRONQUIOLITIS)

ESCALA DE WOOD DOWNES MODIFICADA

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

DESNUTRICION

PLAN DE MANEJO

PAUTAS ALIMENTARIAS,
SUSPENDER SOPAS, CALDOS, CREMAS, Y JUGOS
CONTROL EN 20 DIAS
VAL POR DERMATOLOGIA

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

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

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

CUAL

SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO POS (MIPRES)

NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?



Profesional: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
Cédula: 1020730330
Especialidad: PEDIATRIA

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

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

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	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio



Profesional: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
Cédula: 1020730330
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

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

Usuario: 52773141

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

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA



Profesional: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
Cédula: 1020730330
Especialidad: PEDIATRIA

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1146149978 Tipo_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1146149978 **EDAD:** 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/11/2020 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: Cll62 sur # 81 d 09 **TELEFONO:** 3209639091 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 9213657 **FECHA DE INGRESO:** 1/08/2023 7:33:04 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra
RESPONSABLE: Q **DIRECCION RESPONSABLE:** Q **TELEFONO RESPONSABLE:** 1

MOTIVO DE CONSULTA

MANEJO INTEGRAL ACOMPAÑANTE, MADRE - SONIA CEL 310 252 29 51

ENFERMEDAD ACTUAL:

POR DIAGNOSTICOS DE : DESNUTRICION MODERADA EN SEGUIMIENTO 03/2023. NEURODESARROLLO ACORDE A EDAD. LESION PEDICULADA EN HOMBRO A ESTUDIO - RESUELTA ESPONTANEAASINTOMATICO ACTUALEN SEGUIMIENTO POR NUTRICION - REFIERE QUE RECIBIO FTLC YA SUSPENDIDO - RECIBE PEDIASURE AUTOFORMULADO

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: DESNUTRICION AGUDA MODERADA 03/2023 (Z SCORE P/T: -2.24) ** ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA. RIESGO INFANTIL POR NEGLIGENCIA .REVISION
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE POR SISTEMAS: * NIEGA EXPOSICION COVID19 CONOCIDA ACTUAL O RECIENTE. * NIEGA OTROS SINTOMAS RESPIRATORIOS Y DE PIEL. *
NIEGA OTROS SINTOMAS SISTEMICOS Y REGIONALES. * ORINA NORMAL ACTUAL.* DEPOSICIONES ACTUALES NORMALES.* ACEPTA Y TOLERA
ALIMENTACION: SI. APETITO: CONSERVADO. * SUEÑO- VIGILIA NORMAL

INFECCIONES: NO REFIERE

ALERGICOS: NO REFIERE

TÓXICOS: NO REFIERE

NO REFIERE

FARMACOLOGICOS: NO REFIERE

FAMILIARES: MADRE : 29 AÑOS , FENOTIPO LONGILINEO PADRE : Desarrollo psicomotor: DESARROLLO SICOMOTOR, REFIERE ADECUADO / EDAD.
28 AÑOS, DELGADO VACUNAS PAI, AL DIA.

PERINATALES: PRODUCTO DE 4 GESTACION DE MADRE DE 27 AÑOS, PERFIL STORCH NEGATIVO, OBTENIDO A LAS 37 SEMANAS , PARTO VAGINAL EUTOSICO, PAN : 2.730 GRAMOS , ADAPTACION NEONATAL ESPONTANEA, NIEGA INGRESO A URN.
PATOLOGIAS PERINATELES:

CUADRO DE VACUNAS:

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

PARTO: ☐ Vaginal ☐ Césarea **Peso al Nacer:** **Talla al Nacer:**
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:

Alimentación actual: FAMILIAR
Familiograma: ambos padres

[Firma manuscrita]

Profesional: TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
Cédula: 9138236
Especialidad: PEDIATRIA

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): 0,00	Talla (cm): ,00	Perimetro Cefálico (cm):	Perimetro Torácico (cm):	Temperatura:	Tensión Arterial:	
Frecuencia Respiratoria:		Frecuencia Cardiaca:	Riesgo Nutricional:	Escala del Dolor:		0,0000

ESTADO GENERAL:

Examen fisico:

Estado general: BUEN ESTADO

03/2023 PESO 10.100- TALLA 83.5 - PC 47

01/08/2023 *** PESO – KG, 11.5 *** TALLA – CM, 86 *** P/T – Z SCORE, -0.5 *** T/E – Z SCORE, -2.0

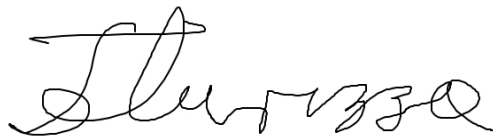
FRECUENCIA CARDIACA – LPM, 85

FRECUENCIA RESPIRATORIA – RPM, 20

TEMPERATURA – AFEBRIL

TENSION ARTERIAL – Hgmm, NO EQUIPO/ EDAD

PULSOXIMETRIA % – NO EQUIPO – ROSADO



Profesional: TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
Cédula: 9138236
Especialidad: PEDIATRIA

Examen Fisico:

EDEMAS NEGATIVOS.
 ESTADO GENERAL. ACEPTABLE. ALERTA- HIDRATADO - ROSADO. EDEMAS NEGATIVOS. NO SIGNOS DE SEPSIS NI RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.
 PULSOS ADECUADOS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, SIN HIPOCRATISMO DIGITAL,

 CABEZA. NORMOCÉFALO.
 OJOS. GLOBOS OCULARES, PUPILAS Y MOVIMIENTOS OCULARES CLINICAMENTE NORMALES.
 ESCLERAS SIN ICTERICIA. NO EDEMAS NI SECRECIONES.
 OTORRINOLARINGOLÓGICO. NARIZ Y OÍDOS, NORMAL. NO SECRECIONES.
 BOCA Y GARGANTA. MUCOSA HIDRATADA- NO ENANTEMAS NI PLACAS.
 CUELLO. SIN MASAS NI ADENOPATIAS – MOVILIDAD CONSERVADA.

 TÓRAX. VIA AEREA LIBRE – NO ESTRIDOR. TÓRAX NORMOCONFIGURADO - NO DISNEA – NO TIRAJES. EXPANSIÓN Y VENTILACION SIMÉTRICA SIN AGREGADOS.
 CARDIOVASCULAR. RUIDOS CARDIACOS IN SITU, RÍTMICOS - BIEN TIMBRADOS - NO SOPLOS. PULSOS Y LLENADO CAPILAR NORMAL.

 ABDOMEN. ABDOMEN NORMOCONFIGURADO NO APARENTA DOLOR- NO MASAS, NO HERNIAS CLÍNICAS. ÁREAS INGUINALES NORMALES- NO MASAS.

 GENITALES. TANNER NORMAL/ EDAD. GENITALES NORMOCONFIGURADOS. NO SECRECIONES. ANO, PERINÉ, AREA SACRA NORMAL,
 EXTREMIDADES, OSTEOARTICULAR Y COLUMNA. EXTREMIDADES, EUTRÓFICAS- EUTÉRMICAS - BIEN PERFUNDIDAS, NO EDEMAS NI INFLAMACIÓN,
 COLUMNA, NO DOLOR- NO APARENTA DEFORMIDAD.

 NEUROLÓGICO. ALERTA. PUPILAS, FACIAL, PARES CRANEANOS NORMALES. NO MENINGEOS

 PIEL Y FÁNERAS. PIEL HIDRATADA SIN EXANTEMA.

Paraclínicos

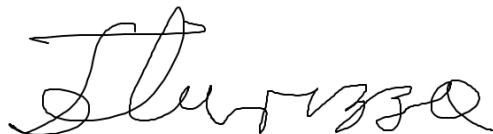
OTROS. NO ADENOPATIAS.
 03/23. **** - UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO LIG. TURBIO DENSIDAD 1.030pH 5.00
 LEUCOCITOS Negativo NITRITOS Negativo PROTEINAS 25, GLUCOSA Normal CUERPOS CETONICOS 150
 UROBILINOGENO Normal BILIRRUBINA NegativoSANGRE Negativo. SEDIMENTO URINARIOC. EPITELIALES OCASIONALESBACTERIAS ESCASASLEUCOCITOS 0 - 2 XCMOCO ESCASO ***** CUADRO HEMATICO:
 LEU: 8.15 NEU: 4.67 LINF: 2.75 HB: 10.6 HCTO: 33.4 PLAQ: 273.000 ***** IONOGRAMA: SODIO: 138.9
 POTASIO: 3.68 CLORO: 103.7 ***** - FUNCION RENAL: BUN: 17.9 CREAT: 0.31 ***** - FUNCION HEPATICA: TGO: 38 TGP: 11
 - CLIGEMIA BASAL: 77.1 ***** - PCR: 0.680 ***** - COLESTEROL TOTAL 115, TRIGLICÉRIDOS 32, HDL 49.4 ***** - ALBÚMINA 4.23, PROTEINAS 6.62 ***** - TSH 1.07, T4L 1.56

ANTECEDENTES

TIPO

FECHA

OBSERVACIONES



Profesional: TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
 Cédula: 9138236
 Especialidad: PEDIATRIA

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

FECHA DE FOLIO: 1/08/2023 7:56:56 a. m. N° FOLIO: 18

Médicos 28/03/2023

- PERINATALES: FRUTO DE CUARTA GESTACIÓN DE MADRE DE 27 AÑOS PARTO VAGINAL DE 32 ? SEMANAS, PAN: 2730 G, TAN: NO RECUERDA EGRESO CONJUNTO. - PATOLÓGICOS: NO REFIERE- HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE- QUIRÚRGICOS: NO REFIERE- ALÉRGICOS: NO REFIERE- ATÓPICOS: NO REFIERE- TRANSFUSIONALES: NO REFIERE- TRAUMÁTICOS: NO REFIERE- FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE- FAMILIARES: TIOMATERO, HTA, DM, TIO MATERNO CARDIOPATA, - PAI: INCOMPLETO PARA LA EDAD, PEIDNEITE ESQUEMA DE 18 MESES - NEURODESARROLLO: ADECUADO PARA LA EDAD.

DIAGNÓSTICOS

Código Nombre
E343 ENANISMO, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
Observaciones:

Tipo Principal
Presuntivo True

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

ANALISIS

ASINTOMATICO

03/2023PESO 10.100- TALLA 83.5 - PC 47
01/08/2023 *** PESO – KG, 11.5 *** TALLA – CM, 86 *** P/T – Z SCORE, -
0.5 *** T/E – Z SCORE, -2.0

SEGUIMIENTO POR DIAGNOSTICOS DE :
* DESNUTRICION MODERADA EN SEGUIMIENTO 03/2023
* RETSADO DE TALLA
* ANEMIA MICROCITICA EN SEGUIMIENTO - RECIBIO SULFATO FERROSO

SS CH + FSP CONTROL
PEDIATRIA
SEGUIMIENTO NUTRICION
SIGNOS DE ALARMA
HEMOGRAMA + FSP

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YALE

RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE

ESCALA YIOS

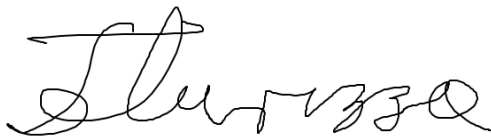
ESCALA DE WESTLEY

ESCALA WOOD-DOWNES MODIFICADA FERRES(BRONQUIOLITIS)

ESCALA DE WOOD DOWNES MODIFICADA

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

DESNUTRICION



Profesional: TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
Cédula: 9138236
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 52773141

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

PLAN DE MANEJO

ANOTADO

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

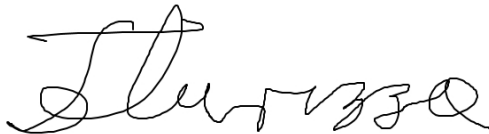
EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

NO

OBSERVACIONES

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
-------------------------------------	----



Profesional: TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
Cédula: 9138236
Especialidad: PEDIATRIA

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

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
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

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA

Profesional: TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
Cédula: 9138236
Especialidad: PEDIATRIA

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: 25/08/2023 7:06:35 a. m. N° FOLIO: 19

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1146149978 Tipo_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1146149978 EDAD: 2 Años / 9 Meses / 12 Días
NOMBRE PACIENTE: ANDRES FELIPE BROYER GREINSFFEIST FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: Cl62 sur # 81 d 09 TELEFONO: 3102522951 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 9361825 FECHA DE INGRESO: 25/08/2023 6:40:42 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE: q DIRECCION RESPONSABLE: q TELEFONO RESPONSABLE: 1

☐ CONTROL ☐ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Nivel Educativo 1.PREESCOLAR

Etnia

6.NINGUNO DE
LOS
ANTERIORES

Discapacidad:

Responsable del paciente: SONIA BROYER

Responsable SI

Tel:

Ocupación
del paciente

Orientacion Sexual

Religion:

Núcleo familiar :

Procedencia :

ENFERMERDAD ACTUAL : PREESCOLAR REMITIDO POR CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR DNT

MOTIVO DE CONSULTA: NA

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO REFIERE
Quirúrgicos: NO REFIERE
Traumatológicos: NO REFIERE
Hospitalizaciones: NIEGA
Transfusionales: NO REFIERE
Farmacológicos: NO REFIERE
Tóxicos: NO REFIERE
Alérgicos: NO REFIERE
Ginecológicos: EG 32 SS PARTO: VAGINAL
Familiares:

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO ACTUAL: 11,30 kg PESO IDEAL: 11,7 Kg TALLA ACTUAL: 87,40 m TALLA IDEAL: 89,0 m
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 AÑOS***** TALLA/EDAD: Riesgo de baja talla CLASIFICACION: Riesgo de baja talla
PESO/TALLA: >= -2 < -1 CLASIFICACION: Riesgo de peso bajo para la talla Perimetro Cefalico/Edad: >= -2 <= 2 Indice de Masa Corporal/Edad

INTERPRETACION NUTRICIONAL:

PERIMETRO BRAQUIAL 13.7 cms
PERIMETRO CEFALICO 47.5 cms
PT : D.E-1.03
TE: D.E -1.88
PB/ E : D.E -1 y -2
PC/ E : D.E -1
ANALISIS: PREESCOLAR DE 2 AÑOS Y 7 MESES EDAD CORREGIDA CON DEFICIT LEVE DE PESO PARA LA TALLA CON RIESGO DE BAJA TALLA PARA LA EDAD CON DEFICIT LEVE EN SUS RESERVAS CORPORALES Y SIN RIESGO EN EL NEURODESARROLLO
CLASIFICACION: A RIESGO

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

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

proteinas Totales 0,0000Albumina 0,0000Hormona estimulante de la Tiroides 0,0000Triyodotironina 0,0000Tiroxina 0,0000Creatinina: 0,0000Tiroxina libre: 0,0000Transferrina : 0,0000

LACTANCIA MATERNA: Recibió leche materna: SI Recibe leche materna: Complem entaria EXCLUSIVA (Meses): 6,00 COMPLEMENTARIA (Meses): 0,00

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA: Complementación en menores de 3 años Causa del destete : EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA: Dechos de la mujer - niños y niñas

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN :

¿Dónde come? Casa Apetito : Regular Deglución : Normal Masticación : Normal Ingesta : Despacio

Alergia alimentaria : NO ¿Cual? : Intolerancia Alimentaria : NO ¿Cual? : Complementos y/o suplementos: ¿Cual? : Frecuencia :

ANAMNESIS ALIMENTARIA:

ALIMENTOS RECHAZADOS:

NINGUNO

HABITO INTESTINAL:

S EOBSERVA CON CAEBLLO Y PIEL SANA SIN SIGNOS DE ANEMIA, CON EXTREMIDADES DELGADAS SIMETRICAS, TOLERANDO LA VIA ORAL

RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:

DESAYUNO: HUEVO FRITO / TOSTADAS / CHOCOLATE 8 AM

NUEVES:

ALMUERZO PASTA CON POLLO SUDADO CON ARROZ y JUGO DE MORA 1PM

ONCES: PAN CON JUGO

COMIDA:SIMILAR AL ALMUERZO 7 PM

REFRI: 8 PM YOGUR CON PADEBONO

SE OBSERVA COMIDAS FRACCIONADAS. CON ADECUADO CONSUMO DE ALIMENTOS PROTEICOS, CON BAJO CONSUMO DE ALIMENTOS REGULADORES Y MODERADO CONSUMO DE ALIMENTOS ENERGETICOS, CON REGULAR CONSUMO DE AGUA Y ACTIVO

ALIMENTOS PREFERIDOS:

EL GRANO, ARROZ Y POLLO

FRECUENCIA DE CONSUMOS:

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

PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

RECOMENDACIONES DIETARIAS

PLAN:

1. HORARIOS DE LAS COMIDAS D: 7 AM Y DE AHI CADA 3 HORAS 2. SUSPENDER LAS SOPAS, CALDOS, CREMAS, CONSOME, JUGOS, PRODCUTOS DE PAQUETE, GASEOSAS, TINTO Y CAFE3. INCREMENTAR LA GRASA / FRITOS / CREMA DE LECHE, MANTEQUILLA, LECHE CONDENSADA, / MAYONESA) 4. CARNES (ALMUERZO Y CENA) // GRANOS 5. VERDURAS y ENSALADAS (ALMUERZO Y CENA) 6. FRUTAS PEQUEÑAS ENTRE COMIDAS JUNTO CON OTRO ALIMENTOS (GELATINA, ARROZ CON LECHE / GALLETA CON QUESO CREMA) 7. GRANOS 3 VECES SEMANA8. LACTEOS 2 AL DIA 9. HUEVO DIARIO 10. HARINAS EN CADA COMIDA11. BEBIDAS CALIENTES (COLADAS, AGUADEPANELA CON LECHE , CHOCOLATE EN LECHE y MILO O FRECAVENA) 12. EJEMPLO DE ALIMENTACION D: FRESCAVENA 7 AREPUELAS / QUESO O HUEVO MM: FRUTA / GELATINA (CREMA DE LECHE) AL. ARROZ VERDE 7 TORTA DE ZANAHORIA / ALBONDIGA FRITA / PAPA FRITAS / FRUTA MT: FRUTA / ARROZ CON LECHEC: IGUAL AL ALMUERZO RN COLADA CON PAN

CONTROL:

1 MES

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL:

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
E441	DESNUTRICION PROTEICOCAJORICA LEVE	Definitivo	True

Observaciones:

DEMANDA INDUCIDA

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

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