

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

**DATOS DEL PACIENTE** **FECHA DE FOLIO:** 26/09/2022 2:52:42 p. m. **N° FOLIO:** 1  
**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 320 8444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS RELACIONADOS NO CLASIFICADOS 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:** 7460128 **FECHA DE INGRESO:** 26/09/2022 1:19:34 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** YIRETH AVILA LOPEZ **DIRECCION RESPONSABLE:** NO **TELEFONO RESPONSABLE:** 798465132  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** PA34 - USS EL PORVENIR **ÁREA DE SERVICIO:** PA34A10 - MEDICINA GENERAL PORVENIR

ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE 10 AÑOS																					
TIPO DE CONSULTA:		NUMERO DE CONTROL: 0,0000			FECHA HC: 26/09/2022 2:12:47 p. m.																
DATOS DEL PACIENTE																					
NIVEL EDUCATIVO:		DISCAPACIDAD:		NO		TIPO DE DISCAPACIDAD:		ETNIA:													
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		RESPONSABLE:			TELEFONO ACOMPAÑANTE:																
MOTIVO DE CONSULTA																					
"Control De Crecimiento Y Desarrollo "																					
ENFERMEDAD ACTUAL																					
LACTANTE DE MES Y MEDIO, PRODUCTO DEL PRIMER EMBARAZO DE MADRE DE 27 AÑOS. PVE A TERMINO DE 39 SEMANAS, SIN COMPLICACIONES.MEDIDAS ANTROPOMNOMETRICAS DEL NACIMIENTO: PESO: 3055 GRAMOS,, TALLA: 50 CM GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO TSH NEONATAL: REMITIDO A HOSPITAL LA VICTORIA																					
ANTECEDENTES																					
FAMILIARES		PERSONALES		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS			DETALLE														
NO <...DIABETES...>		NO		SARAMPION			NO														
NO <..TUBERCULOSIS..>		NO		DIFTERIA:			NO														
NO <..ALERGIAS..>		NO		PAROTIDITIS:																	
NO <.HIPERTENSION.>		NO		POLIOMIELITIS:			NO														
NO <.TRANSTORNO MENTAL..>		NO		RUBEOLA:			NO														
NO <..MALFORMACIONES CONGÉNITAS...>		NO		ROSÉOLA:			NO														
NO <.OTROS...>		NO		VARICELA:																	
				HEPATITIS:			NO														
CUALES				ACCIDENTES:			NO														
				CIRUGÍAS:			NO														
ANTECEDENTES PERINATALES				SÍNDROME CONVULSIVO:			NO														
EDAD DE LA MADRE EN EL PARTO:		0,0000		EPISODIOS DE DIARREA EN EL AÑO:																	
EDAD GESTACIONAL AL NACER:		0,0000		EPISODIOS DE OTITIS MEDIA EN EL AÑO:																	
EMBARAZO DESEADO:				HOSPITALIZACIONES EN EL AÑO:																	
CONTROL PRENATAL:				EPISODIOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL AÑO:																	
PARTO INSTITUCIONAL:				OBSERVACIONES:																	
PARTO ESPONTANEO:																					
TALLA AL NACER EN cm:		0,0000																			
PESO AL NACER EN Gra:		0,0000																			
HEMOCLASIFICACION AL NACER:		DETALLE																			
TSH AL NACER:		DETALLE																			
SEROLOGÍA AL NACER:		DETALLE																			
SALUD DE LA MADRE Y/O CUIDADOR																					
FUMA:		CIGARRILLO X DIA		0,0000		SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:		CUALES		OTRO:											
SALUD DE LA MADRE Y/O DEL CUIDADOR										REFERIDO A :											
INTEGRANTES DEL HOGAR																					
INTEGRANTES DEL HOGAR																					
False		False		HERMANOS:		0,0000		OTROS:		0,0000		QUIENES:		HERMANOS VIVOS:		0,0000		MENORES DE 5 AÑOS:		0,0000	
COMPARTE LA CAMA.		NO		HACINAMIENTO:		DETALLE:				CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:		NO		DETALLE:							
LACTANCIA																					



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

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

RECIBE LECHE MATERNA		RECIBE PECHO EN LA NOCHE:		CUÁNTAS VECES EN 24 HORAS	0,0000	SE EXTRAE LA LECHE	
CÓMO LA GUARDA Y ADMINISTRA						LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES	0,0000
EL MENOR RECIBE OTRA LECHE O ALIMENTOS		CUÁNTAS VECES	0,0000	CUALES			
QUÉ USA PARA DAR DE COMER							
QUIÉN LE DA DE COMER						EDAD DEL DESTETE EN MESES	0,0000
SINTOMATICO RESPIRATORIO							

SINTOMATICO RESPIRATORIO

TOS MAYOR DE 15 DIAS

CONVIVE CON TOSEDOR

EXAMEN BK

TOS SECA

ANTECEDENTE DE BACILOSCOPIA (BK)

SINTOMATICO DE PIEL

SINTOMATICO DE PIEL

MANCHA HIPOCROMICA

AREA HIPOANESTESICA

PLACAS ERITEMATOSAS

ULCERA REDONDEADA CON CENTRO GRANULOMATOSO INDOLORO

VACUNACION

TRAER CARNET DE VACUNAS

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION

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

OBSERVACIONES DEL CONTROL

COMPONENTE HISTORIA CLÍNICA CRECIMIENTO Y DESARROLLO

TEMP	36,00	FC	140,0000	FR	44,0000	TA	0,0000	0,0000	TAM	0,0000	SAT_O2	0,0000	PERIMETRO_BRAZO	14,0000	TALLA(Cm)	56,0000	PESO ACTUAL (Kg)	4,0000
IMC	12,7600	FIO	0,0000	PERIMETRO CEFALICO										39				

CABEZA Y CUELLO

MUCOSDA ORALL HUMEDA, , FONTANELA NORMOTENSA.

OTORRINONARINGOLOGICO

NORMAL

CARDIO PULMONAR Y / O TORAX

PULMONES VENTILADOS,, NO AGREGADOS. RSCSRS SIN SOPLOS

GASTROINTESTINAL Y / O ABDOMEN:

NOO PROTRUSIONES

EXTREMIDADES Y / O OSEOMUSCULAR

NO SE EXPLORA

GINECO Y / O URINARIO:

NORMAL

PIEL Y FANERAS:

NO SE EXPLORA

NEUROLOGICO:

ALERTA,



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

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

OBSERVACIONES
PESO/TALLA: -2PESOP/TALLA: ENTRE +1 Y +2PWRIMETRO CEFALICO: ENRE +1 Y +2IMC/EDAD: ENTRE -1 Y -2PESO/EDAD: ENTRE 0 Y -1

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		LETÁRGICO O INCONSCIENTE	
SANGRE EN LAS ACES		INTRANQUILLO O IRRITABLE		BEBE MAL O NO PUEDE BEBER		PLIEGE CUTANEO MUY LENTO (2 SEG) O LENTO			
DESHIDRATACION									
TIENE FIEBRE	NO	TIPO		FIEBRE MÁS 5 DÍAS 39°C		DENGUE VIVE O VISITO ZONA RIESGO			
RIGIDEZ NUCA		MANIFESTACIÓN DE SANGRADO		PIEL HÚMEDA Y FRÍA		PULSO DÉBIL Y RÁPIDO			
INQUIETO E IRRITABLE		ERUPCIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA		TOS - CORIZA - OJOS ROJOS		AIEPI BACTERIEMIA			
MALARIA VIVE O VISITO ZONA RIESGO		DOLOR ABDOMINAL CONTINUO E INTENSO		CUANTO TIEMPO HACE?					
PROBLEMA DE OIDO	NO	TIPO		TIENE SUPURACIÓN DE OIDO					
DESDE CUANDO		CUANTOS EPISODIOS HA PRESENTADO	0,0000						
OBSERVE SUPURACIÓN DE OIDO		TUMEFACCIÓN DOLOROSA AL TACTO DETRÁS DE LA OREJA							
OBSERVE TÍMPANO ROJO Y ABOMBADO									
PROBLEMA DE GARGANTA	NO	TIPO		TIENE DOLOR DE GARGANTA					
GANGLIOS CRECIDOS Y DOLOROSOS		EXUDADO BLANCO - ERITEMA		AMÍGDALAS ERITEMATOSAS:					
TIENE MALTRATO		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		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	0,0000		MG	Escoger según valor	PUNTAJE TOTAL EAD		PT EAD		Escoger según valor
MOTRICIDAD FINA	0,0000		MF	Escoger según valor					
AUDICIÓN LENGUAJE	0,0000		AL	Escoger según valor					
PERSONAL SOCIAL	0,0000		PS	Escoger según valor					

INDIQUE SI TIENE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO O FALTA DE ESTIMULACIÓN
---

#### ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

tableCell199

ANALISIS CREIMIENTO Y DESARROLLO DCON PESO PARA LA TALLA ENTRE -2 Y MENOS 3. RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA . TALLA PARA LA EDADNORMAL

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

PLAN DE MANEJO

RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA. REMISIONA PEDIATRIA

NECESIDADES DE ALISLAMIENTO O USUARIO NO PROTEGIDO

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



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

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

**CONDUCTA PROFESIONAL**

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE .

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES .

**EDUCACION**

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

**DEMANDA INDUCIDA**

**GRAFICAS 0 A 2 AÑOS**

**PESO PARA LA TALLA DE 0 A 2 AÑOS**



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

**TALLA PARA LA EDAD DE 0 A 2 AÑOS**

**PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD DE 0 A 2 AÑOS**

**GRAFICAS 2 A 5 AÑOS**

**PESO PARA LA TALLA EN EDAD 2 A 5 AÑOS**

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

**TALLA PARA LA EDAD DE 2 A 5 AÑOS**

**PERIMETRO CEFALICO EN EDAD 2 A 5 AÑOS**

**GRAFICAS 5 A 10 AÑOS**

**IMC PARA LA EDAD DE 5 A 10 AÑOS**



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

**TALLA PARA LA EDAD DE 5 A 10 AÑOS**

ANTECEDENTES				
Tipo	Fecha	Observaciones		
<b>DIAGNOSTICOS</b>				
Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso Dx Egreso
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación				
<b>PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS</b>				
Nombre		Cantidad	Observacion	
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		1		
<b>INDICACIONES MEDICAS</b>				
Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa				
Detalle Indicación: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LOS PRIMEROS 6 MESES NUEVO CONTROL EN 3 MESES VALORACIÓN POR PEDIATRIA				

R 8073 .

Profesional: SOTO BRACAMONTE ROGER MANUEL  
Cédula: 15669922  
Especialidad: MEDICINA GENERAL

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

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

**DATOS DEL PACIENTE**

**N° Historia Clínica:** 1012476551 **FECHA DE FOLIO:** 5/12/2022 10:15:59 a. m. **N° FOLIO:** 2  
**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 3208444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS RELACIONADOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**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:** 7854317 **FECHA DE INGRESO:** 5/12/2022 9:36:28 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra

**RESPONSABLE:** s **DIRECCION RESPONSABLE:** s **TELEFONO RESPONSABLE:** 9  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** SU48 - USS 105 CATALINA **ÁREA DE SERVICIO:** SU48A38 - ENFERMERIA PYD 105 CATALINA

DATOS DEL PACIENTE									
TIPO DE CONSULTA	INGRESO AL PROGRAMA								
MOTIVO DE CONSULTA									
"consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia"									
TRAE LABORATORIOS	NO APLICA	FECHA		HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA				
RADIOGRAFIA DE CADERA	NO APLICA	FECHA		OBSERVACIONES					
MICRONUTRIENTES:	NO APLICA	VITAMINA A:		SULFATO FERROSO:					
ANTIPARACITARIO	SE VERIFICAN RECOMENDACIONES BRINDADAS EN EL CONTROL ANTERIOR								
ASISTIO A	NO								
OBSERVACIONES									
SE REALIZA CONSULTA PROGRAMADA , HOY CONTROL DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL NIÑO PRIMERA VEZ CON JEFE SE ATIENDE AL USUARIO CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL MADRE NIEGA SIGNOS GENERALES DE PELIGRO DE MUERTE Y SINTOMAS DE COVID									

ANTECEDENTES PERINATALES									
PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL	AUDITIVO	<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> auditivo	PESO AL NACER	3055		TALLA AL NACER	50	
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS	NO	CONTROL PRENATAL	NO	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	SI	PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA			
ANOMALIA CONGENITA MUTIPLE O MAYOR	NO	HOSPITALIZACION NEONATAL >7 DIAS	NO	EN UCI	NO	MAS DE 30 DIAS	NO		
OBSERVACIONES									
NO REQUIRIO MANIOBRAS DE REANIMACION									

ANTECEDENTES PERSONALES									
MEDICOS	NO	OTITIS A REPETICION	NO	CONGENITAS	NO	HOSPITALARIOS	NO		
QUIRURGICOS	NO	FARMACOLOGICOS	NO	TOXICOS:	NO	ALERGICOS	NO		
TRANSFUSIONALES									
DISCAPACIDAD	NO	TIPO DE DISCAPACIDAD		CUAL					
OBSERVACIONES									
NIEGA									

ANTECEDENTES FAMILIARES									
TUBERCULOSIS	NO	PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL			NO	QUIEN			
TRASTORNO MENTAL	NO	TRASTORNO MENTAL DE LOS PADRES	NO	MUERTE DE HERMANOS	NO	CONDUCTA SUICIDA	NO		
CONSUMO DE ALCOHOL, SUSTANCIAS SICOACTIVAS, CIGARRILLO				NO	VICTIMA DE VIOLENCIA	NO			
OBSERVACIONES									
NIEGA									

LACTANCIA									
MEJOR DE SEIS MESES:	SI	RECIBE LECHE MATERNA:	SI	VERIFIQUE LA TECNICA DE LACTANCIA , CORRECTA					
EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE	NO	CONOCE LA TECNICA			EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE				
ADECUADA ALIMENTACION DE LA MADRE	SI	DETALLE	BALANCEADA						
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE, SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:									
CANTIDAD EN ONZAS	0,0000	FRECUENCIA AL DIA	0,0000	LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES:	0,0000	TECNICA ADECUADA DE PREPARACION			



CONOCE LA FORMA DE INICIAR LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	INQUIETUDES ACERCA DE LA LACTANCIA COMPLEMENTARIA	Fecha Impresión : jueves, 07 septiembre 2023	Pagina 2/6
CON QUÉ ALIMENTOS INICIÓ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			

ALIMENTACION			
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO:	NO	SI ES MAYOR DE UN AÑO YA CONSUME LA DIETA FAMILIAR	NO
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.			
LIQUIDA			
APETITO	NORMAL	DETALLE	
PROBLEMA EN EL HABITO ALIMENTARIO:			
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE,SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:			
ANÁLISIS HABITOS ALIMENTARIOS RECIBE LM + LECHE DE FORMULA NAN 1 EN BIBERON			

HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA								
EL NIÑO DUERME SOLO	SI	CON QUIEN DUERME		HORAS DE SUEÑO AL DIA	15,0000	HIGIENE BAÑO DIARIO	SI	
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO				SI	CUALES:	CARICIAS BESOS		
ESTABLECIMIENTO DE LIMITES Y NORMAS		NO	ACUDE AL JARDIN O AL COLEGIO		NO	FOTO PROTECCION ADECUADA:		NO
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO				FORMA DE DISCIPLINAR				
CANTOS				NA				
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR		SI	DETALL E:	ESCOLARIZADO	NO	CURSO ACTUAL		
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE		NO	PERTENENCIA A PANDILLAS		NO	DETALLE:		
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO		NO	MATONEO	NO	PROBLEMAS EN SOCIALIZACION		NO	
COMUNICACION EFECTIVA		NO	IMAGEN CORPORAL CONFORME		NO	LESIONES AUTOINFLINGIDAS		NO
IDEACION SUICIDA		NO	INTENTOS SUICIDAS					
OBSERVACIONES:								

CONTEXTO SOCIAL									
PERTENECIA A ETNIA:	NO	ES EL NIÑO VICTIMA DE MALTRATO		NO	MALTRATO	CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE EL CUIDADO DEL NIÑO		NO	
<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> HERMANOS	Otros	0,0000	Quienes				
HERMANOS VIVOS:		MENORES DE 5 AÑOS:		RELACIONES FAMILIARES ARMONICAS		SI			
CONSUMO DE PSICOACTIVOS O FARMACODEPENDENCIA EN PADRES O CUIDADORES:				NO	POBREZA EXTREMA O EN SITUACION DE CALLE		NO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	NO
ALGUIEN CON PROBLEMAS DE SALUD:		NO	NACINAMIENTO:	NO	TIENE REDES DE APOYO FAMILIARES Y COMUNITARIAS				NO
CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:		NO							
OBSERVACIONES:									
NO REFIERE									

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION												
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES	4		
TUBERCULOSIS (BCG)	<input checked="" type="checkbox"/> RN									VACUNAS PENDIENTES		
HEPATITIS B (HB)	<input checked="" type="checkbox"/> RN									NINGUNA		
POLIO ORAL (VOP)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3			R1	R2	OBSERVACIONES			
POLIO INYECTABLE (VIP)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3			R1	R2				
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3								
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)							R1	R2				
ROTAVIRUS	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2									
NEUMOCOCO	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2				R1					
INFLUENZA			1	2			RA					
HEPATITIS A							1					
SARAMPION RUBEOLA PAPERAS (SRP):							1	R1				
FIEBRE AMARILLA:							1					
VARICELA:							1					
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):		1	2									
SIGNOS VITALEES												
FC	100	FR	43	TA	0,0000	0,0000	TAM:		SAT. O2: %		PERIMETRO CEFALICO (Cm)	42
TEMP	37	TALLA	61	PESO ACTUAL (Kg)	6		IndiceMasaCorp:		16		PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)	

CABEZA Y CUELLO	
OTOSCOPIA: SIN ALTERACIONES	

<b>VALORACION VISUAL</b>
<b>EVALUE ESTRUCTURAS DEL OJO SIN ALTERACIONES</b>
<b>EXAMEN EXTERNO</b>
<b>Otorrinonaringologico</b>
(ESTRUCTURA DENTOMAXILOFACIALES):SIN ALTERACIONES
<b>Cardio Pulmonar o Torax:</b>
NO SDR AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS
<b>Gastrointestinal y/o abdomen:</b>
NO DOLOR A LA PALPACION
<b>Extremidades y/o osteomuscular:</b>
SIN ALTERACIONES
<b>Ginecológico y/o urinario:</b>
SIN ALTERACIONES
<b>ESTADIO TANNER</b>
I
PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL
NO
<b>Piel y faneras:</b>
SIN LESIONES
<b>Neurológico</b>
SIN DEFICIT

CUESTIONARIO VALE	
CALIFICACION Finalizada totalice las respuestas negativas y registre las a acontinuacion	
RANGO DE EDAD	CONDICIONES ESTRUCTURALES
ITEMS	NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS
Comprensión (C)	
Expresión (E)	
Interacción (I)	
Vestibular (V)	
TOTAL	

CALIFICACION Finalizada:	PASA?:	SI	FALLA?:	NO
--------------------------	--------	----	---------	----

ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (0 A 7 AÑOS)							
MOTRICIDAD GRUESA		MOTRICIDAD FINA		AUDICION LENGUAJE		PERSONAL SOCIAL	
PUNTUACION DIRECTA		PUNTUACION DIRECTA		PUNTUACION DERECTA		PUNTUACION DIRECTA	
	ROJO		ROJO		ROJO		ROJO

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

APGAR FAMILIAR			
Puntuacion:	20,0000	INTERPRETACION APGAR FAMILIAR	NORMAL

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO
<b>ANALISIS</b>

NIÑO CON ADECUADO DESARROLLO SEGÚN ESCALA ABREVIADA, EN CRECIMIENTO PESO ADECUADO PARA LA TALLA (1 A -1 DE) TALLA ADECUADA PARA LA EDAD (1 A -1 DE) PC GRANDE PARA LA EDAD, CURVA ASCENDENTE. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD. HOY SIN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO...PUEDA BEBER LÍQUIDOS, NO VOMITA, NO HA CONVULSIONADO. NO SE EVIDENCIARON SIGNOS DE MALTRATO SE HACE ENTREGA DE CERTIFICADO, CURVA Y RECOMENDACIONES SOBRE VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA Y DESVENTAJAS DE LA LECHE DE FORMULA  
NO SE IDENTIFICAN RIESGOS CLÍNICOS DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN MADRE DEL MENOR MANIFIESTA ENTENDER LAS RECOMENDACIONES DADA DURANTE LA CONSULTA SE REMITE A MEDICO Y A SALUD ORAL. SE FELICITA A LA MADRE POR SEGUIR RECOMENDACIONES DADAS EN CONSULTA ANTERIOR FRENTE A ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS GENERALES.  
NO CUENTO CON PULSOXIMETRO PEDIATRICO  
NO SE DILIGENCIAN TODOS LOS ITEMS DE LA HISTORIA POR FALTA DE TIEMPO

PROXIMO CONTROL 2 MESES CON MEDICO

#### IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

BRONCOASPIRACION  
PC GRANDE PARA LA EDAD  
RGE??

#### PLAN DE MANEJO

CONTROL EN 2 MESES CON MEDICO  
AUMENTAR LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA Y DISMINUIR LECHE DE FORMULA Y USO DE BIBERON  
VACUNAS A LOS 4 MESES  
SE EMITE A PEDIATRIA  
POSICION ANTIREFLUJO

Paciente fue adherente al plan de cuidado de la consulta anterior.	NO		
<b>MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:</b>			
MAYOR DE 12 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS	NO	MAYOR DE 24 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS	NO
<b>LABORATORIOS</b>			
SE ENCUENTRA DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 6 A 23 MESES:	NO	MUJER QUE SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE 10 A 13 AÑOS	NO

<b>RECONCILIACION MEDICAMENTOSA</b>	
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 MÉDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?	NO
POR QUE	
REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA	

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

<b>CONDUCTA PROFESIONAL</b>	
<b>LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE</b>	
IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO LACTANCIA MATERNA IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ESTIMULACION PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL Y CONTAGIO POR COVID PREVENIR BRONCOASPIRACION Y MUERTE SUBITA	
<b>EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES</b>	
SIGNOS GENERALES DE PELIGRO Y DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR	
CUIDADOS DEL LACTANTE MENOR	

<b>EDUCACIÓN</b>	
Importancia de asistir a la consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia Signos de alarma Lactancia materna Higiene (baño, lavado de manos) Sueño seguro Vacunación Cuidado bucal Promover participación del rol del padre	
RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES:	SI
<b>DERECHOS</b>	
1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.	
8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.	
<b>DEBERES</b>	
1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA	
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL	

<b>DEMANDA INDUCIDA</b>		
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	

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL - niñas y niños menores de 5 años		
Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
> +3	Obesidad	<input type="checkbox"/>
> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	<input checked="" type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	<input type="checkbox"/>
< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	<input type="checkbox"/>
< -3	Desnutrición Aguda Severa*	<input type="checkbox"/>
≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	<input checked="" type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	<input type="checkbox"/>
< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	<input type="checkbox"/>
> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>
≥ -2 a ≤ 2	Normal	<input type="checkbox"/>
< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input checked="" type="checkbox"/>

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

## ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Familiares	05/12/2022	BISABUELA MATERNA HTA
Médicos	05/12/2022	DETECION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE
Inmunológicos	05/12/2022	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
Otros	05/12/2022	LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA
Médicos	05/12/2022	RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD
Médicos	12/12/2022	ninguno

## DIAGNOSTICOS

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

## PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	BEBE DE 3 MESES CON PC GRANDE PARA LA EDADRGE??

## INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación: Recomendaciones para una lactancia materna exitosa: • La leche materna es el mejor alimento para la salud y nutrición de los bebés. • La leche materna ayuda al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. • Mamá confíe en usted misma y en su capacidad para brindar leche materna a su bebé. • Iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto. • Mamá y bebé deben permanecer juntos las 24 horas del día para ofrecer la leche materna. • Brindar sólo leche materna al bebé durante los primeros 6 meses de edad y luego continuar la lactancia con alimentos complementarios hasta los 2 años o más. • Desocupar muy bien ambos pechos. • Para un buen agarre al seno debe tener en cuenta lo siguiente: boca del bebé bien abierta, mejillas abombadas, sonidos de deglución, la nariz y mentón del bebé toca el pecho materno, labios superior e inferior bien abiertos, el bebé succiona sobre la areola (área café del pecho materno). • Es buena idea tener preparado un lugar cómodo para amamantar. • Es buena idea disponer también de cojines para poder apoyar los brazos mientras sujeta al bebé o apoyar al bebé si ocasionalmente necesita una mano libre, y en caso de estar sentada, un reposapié. • La lactancia no debe doler. Si siente dolor o molestias al amamantar, es posible que la postura o el agarre no sea del todo correcto, o bien que exista algún tipo de disfunción oral. En estos casos debe consultar al médico o a la enfermera. • Recuerde que el bebé debe tomar leche materna tantas veces y tanto tiempo como quiera. • Evite utilizar chupos y biberones para alimentar al bebé. • La alimentación de la madre debe ser sana y variada. La madre debe alimentarse adecuadamente y un poco mejor que durante el embarazo, es decir, que para ofrecer una buena cantidad y calidad de leche materna a su bebé, la mamita debe aumentar el consumo de líquidos: agua, jugos naturales bajos en azúcar, leche y sus derivados (yogurt, kumis, etc). También se recomienda aumentar a su dieta diaria una proteína más, un lácteo más y una harina más durante el tiempo de la lactancia. • La lactancia además, fortalece el vínculo afectivo, el amor entre la madre y el bebé. • Con la lactancia, la madre se beneficia también en su salud disminuyendo el sangrado y los entuertos después del parto y, a largo plazo, disminuye el riesgo de padecer cáncer de seno. • La leche materna contiene sustancias que protegen al bebé de infecciones gastrointestinales y respiratorias, entre otras.

Lida A Diaz R.

---

Profesional: DIAZ MORALES LIDA ALEXANDRA  
 Cédula: 52014897  
 Tipo Medico: Enfermera

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase

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

Fecha Actual : jueves, 07 septiembre 2023  
14/61

FECHA DE FOLIO: 12/12/2022 10:14:55 a. m. N° FOLIO: 3

**DATOS DEL PACIENTE:**

**N° HISTORIA CLINICA:** Registro civil-1012476551 Tipo\_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1012476551 **EDAD:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días  
**NOMBRE PACIENTE:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/08/2022 12:00:00 a. m. **SEXO:** Femenino  
**ESTADO CIVIL:** Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1  
**ENTIDAD:** **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado  
**DIRECCION:** CL 54F SUR 87K 04 **TELEFONO:** 3208444553 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**N° INGRESO:** 7887400 **FECHA DE INGRESO:** 12/12/2022 9:59:32 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** T **DIRECCION RESPONSABLE:** NO **TELEFONO RESPONSABLE:** 1

**MOTIVO DE CONSULTA** ☐ CONTROL  
por control

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Presenta vomit postprandial 5a 10 minutos despuess de recibe leche materna y leche nanale da 4 onzas , mas leche materna.niega otro sinotmasNo tratamientos

**ANTECEDENTES**

**PATOLOGICOS:** ninguno  
**QUIRÚRGICOS:** NO REFIERE  
**TRANSFUSIONALES:** NO REFIERE  
**HOSPITALARIOS:** NO REFIERE  
**TRAUMATICOS:** NO REFIERE  
**ALERGICOS:** NO REFIERE  
**TÓXICOS:** NO REFIERE  
**FARMACOLOGICOS:** NO REFIERE  
**FAMILIARES:** NO REFIERE  
**PERINATALES:** NO REFIERE

Desarrollo psicomotor:

**PATOLOGIAS  
PERINATALES:**

**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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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:** 3055 **Talla al Nacer:** 50  
**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:** Mixta  
**Lactancia Complementaria (meses):**

**Alimentación actual:**

**Familiograma:** madre  
padre

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

**Organos de los Sentidos** NO REFIERE  
**Gastrointestinal** vomito post prandial  
**Genito Urinario** NO REFIERE  
**Piel Faneras** NO REFIERE

**Cardiopulmanar** NO REFIERE  
**Musculo Esqueletico** NO REFIERE  
**Neurologico** NO REFIERE

**EXAMEN FÍSICO**

**Profesional:** MOSOS POSADA GUILLERMO  
**Cédula:** 79150113  
**Especialidad:** PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319

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

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

Fecha Actual : jueves, 07 septiembre 2023  
 15/61

FECHA DE FOLIO: 12/12/2022 10:14:55 a. m. N° FOLIO: 3

Peso (gr): 6,10 Talla (cm): 60,00 Perimetro Cefálico (cm): 40 Perímetro Torácico (cm): Temperatura: 36.5 Tensión Arterial: 0,0000  
 Frecuencia Respiratoria: 38 Frecuencia Cardiaca: 138 Riesgo Nutricional: Normal Escala del Dolor:

**ESTADO GENERAL:**

Examen físico:

**Estado general:** Buen estado en general

**Examen Físico:**

Buen estado en general.  
 Neurológico. No déficit.  
 Cabeza. Craneo no malformaciones, fontanela normotensa  
 Otoscopías. normales  
 Ojos, Fundoscopías normales  
 Boca. paladar normal, labios normales.  
 uvula cetrada.  
 Nariz . escasa rinorrea. no obstrucción.  
 Cuello: No adenomegalias. No malformaciones musculoesqueléticas evidentes., tiroide normal  
 Torax: Corazón . No soplos, luce rosada, bien perfundida, ppulsos periféricos simétricos normales.  
 Pulmon: No agregados pulmonares : NO sibila, no crepita, no soplos.  
 Abdomen: Blando depresible , no áreas de dolor localizado, no se palpan masas o viceromegalias, no hernias.  
 Columna Vertebral. No malformaciones.  
 Miembros. NO malformaciones. no signos de displasia de caderas  
 Genitales externos. bien configurados- normales. femeninos  
 Piel. sana  
 Otros, Ninguno.

**Paraclínicos**

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Familiares	05/12/2022	BISABUELA MATERNA HTA	

**DIAGNÓSTICOS**

Código Nombre  
 Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Observaciones:

Tipo Principal  
 Presuntivo True

**ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO**

**ANÁLISIS**

Paciente con buen neurodesarrollo, se observa buen estado, luce rosada, activa reactivo.  
 Percentiles de nutrición adecuados

Plan se explica las buenas condiciones clínicas  
 Se explica los cuidados de la piel  
 Buenas prácticas nutricionales, Se fomenta el buen trato, buen hábito nutricional  
 se explica el cuidado de la piel  
 evitar accidentes e intoxicaciones en casa

**RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE**

**ESCALA YALE**



Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO  
 Cédula: 79150113  
 Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319

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

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

FECHA DE FOLIO: 12/12/2022 10:14:55 a. m. N° FOLIO:3

**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** ninguno

**PLAN DE MANEJO**

**NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO** NO

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

**REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA** NO

**CUAL**

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

**NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)**

**RECONCILIACION MEDICAMENTOSA**

**EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?**

NO

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

**POR QUE**

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



---

Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO  
Cédula: 79150113  
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319

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



EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION

NO

OBSERVACIONES

**ESCALA DE SUICIDIO**

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	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



Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO  
Cédula: 79150113  
Especialidad: PEDIATRIA

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

**RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES**

**EDUCACION**

**DERECHOS**

**DEBERES**

**DEMANDA INDUCIDA**



---

Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO  
Cédula: 79150113  
Especialidad: PEDIATRIA



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

#### DATOS DE FOLIO

**N° FOLIO:** 4 **FECHA DE APERTURA** 19/01/2023 2:21:57 p. m. **FECHA DE CIERRE** **FOLIO:** 19/01/2023 2:51:48 p. m.

#### DATOS DEL PACIENTE

1012476551

**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 3208444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
**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:** 8064930 **FECHA DE INGRESO:** 19/01/2023 1:53:50 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** YIREY **DIRECCION RESPONSABLE:** NO **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** PA34 - USS EL PORVENIR **ÁREA DE SERVICIO:** PA34A10 - MEDICINA GENERAL PORVENIR  
**NOMBRE ACUDIENTE** MADRE: CAROL DANIELA AVILA **TELÉFONO ACUDIENTE** 3208444553 **RESPONSABLE** SI  
**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** SI **TIPO DISCAPACIDAD**  
**EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD** NO APLICA

#### MOTIVO DE CONSULTA

"TIENE UNA RESEQUEZAD EN LA PIEL"

#### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN REFIERE CONSULTAR POR CUADRO DE 5 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE PRESENCIA DE LESIONES DESCAMATIVAS EN EL CUERPO, FUE VALORADA POR PEDIATRA QUIEN SOLICITO MANEJO CON DOVE CREMA SIN MEJORÍA, MADRE LE APLICA ACID MANTLE CON LEVE MEJORÍA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA

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

**Ha estado hospitalizado en el ultimo año**

**Observacion:**

#### ANTECEDENTES

Tipo: Familiares Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: BISABUELA MATERNA HTA  
 Tipo: Médicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: DETECCION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE  
 Tipo: Inmunológicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD  
 Tipo: Otros Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA  
 Tipo: Médicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD  
 Tipo: Médicos Fecha: 12/12/2022  
 Detalle: ninguno

#### REVISION POR SISTEMAS

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



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

☐ ALTERACIONES MOTORAS☐ CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO☐ ALTERACIONES DE LA VISION**Otros:****SINTOMATICO RESPIRATORIO****NO**

Tos Mayor de 15 Dias

Convive Con Tosedor

Tos Seca

Antecedentes de Baciloscopia

Examen de BK

**SINTOMATOCO DE PIEL****NO**

Mancha Hipocromica

Área Hipoanestesica:

Placas Eritematosas

Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

**EXÁMEN FÍSICO**

Temperatura	1,0000	Frecuencia Respiratoria	30,00	Frecuencia Cardíaca	120	Tensión Arterial	1 / 1	Tensión Arterial Media	1,00	Perimetro Cefalico	GLASGOW: 15	/15
PESO: 6,0000	TALLA: 66,0000	Indice de masa Corporal	13,77	Saturacion de Oxigeno		Fraccion Inspirada de oxigeno		CONDICIONES:	BUENAS			
Escala del dolor numerica	0	Escala del dolor grafica										

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

SIN ALTERACION

**OTORRINONARINGOLOGICO**

SIN ALTERACION

**CARDIO PULMONAR Y/O TORAX**

SIN ALTERACION

**GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN**

SIN ALTERACION

**OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES**

SIN ALTERACION

**GINECO Y/O URINARIO**

SIN ALTERACION

**PIEL Y FANERAS**

LESIONES DESCAMATIVAS CIRCULARES EN TO EL AREA CORPORAL

**NEUROLOGICO**

SIN ALTERACION

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

PACIENTE QUIEN ES TRAIDA POR LESIONES DESCAMATIVAS EVIDENCIADAS AL EXAMEN FÍSICO, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SE DECIDE DAR MANEJO TOPICO, SE SOLICITA RX DE CADERAS, VALORACION POR DERMATOLOGIA, ADEMAS SE SOLICITA CONTROL CON PEDIATRIA REFLUJO GASTROESOFAGICO Y RIESGO DE BAJO PESO. SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR MANEJO

**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	

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

False False False False

**PACIENTE FUE ADHERENTE AL PLAN DE CUIDADOS DE LA CONSULTA ANTERIOR**

#### PLAN DE MANEJO

MANEJO TOPICO, SE SOLICITA RX DE CADERAS, VALORACION POR DERMATOLOGIA, ADEMAS SE SOLICITA CONTROL CON PEDIATRIA REFLUJO GASTROESOFAGICO Y RIESGO DE BAJO PESO.

**NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO** NO

**TIPO DE AISLAMIENTO**

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

**REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA**

**CUAL**

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

**NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)**

#### RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

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

**PORQUE**

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

**EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION**

**OBSERVACIONES**

#### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD
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

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

**8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS  
MEDICAMENTOS**

**CONDUCTA PROFESIONAL**

**LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE**

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

**EDUCACION**

**RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES** SI

**DERECHOS**

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.
4. ELEGIR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ME ATENDERÁN

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO

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

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

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

**DIAGNOSTICOS**

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso
L209	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					
K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					
Q651	LUXACION CONGENITA DE LA CADERA, BILATERAL	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

**EXAMENES SOLICITADOS**

Nombre	Cantidad	Observacion
RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	1	

**PLAN DE TRATAMIENTO**

Cantidad	Nombre	Observacion
1	BETAMETASONA 0.05% CREMA TOPICA/TUBO15G	APLICAR DOS VECES AL DIA

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS**

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

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Conсульта\_Externa



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

Detalle Indicación:

---

Profesional:	CARDENAS BERNAL LADY JOHANNA
Cédula:	52871195
Especialidad	MEDICINA GENERAL

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

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

**DATOS DEL PACIENTE**

**N° Historia Clínica:** 1012476551 **FECHA DE FOLIO:** 19/01/2023 5:02:08 p. m. **N° FOLIO:** 5  
**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 3208444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS RELACIONADOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** EPS CAPITAL SALUD PYD SUBSIDIADO - CS-AS-005-2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**N° INGRESO:** 8066351 **FECHA DE INGRESO:** 19/01/2023 4:29:45 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **DIRECCION RESPONSABLE:** NO **TELEFONO RESPONSABLE:** 312634565465  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** PA34 - USS EL PORVENIR **ÁREA DE SERVICIO:** PA34A37 - MEDICINA GENERAL PYD PORVENIR

DATOS DEL PACIENTE									
TIPO DE CONSULTA	CONTROL								
MOTIVO DE CONSULTA									
"consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia"									
PACIENTE TRAIDA POR LA MADRE PARA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, MADRE EN EL MOMENTO REFIERE LESIONES DESCAMATIVAS CORPORALES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA									
TRAE LABORATORIOS	NO APLICA	FECHA		HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA				
RADIOGRAFIA DE CADERA	NO APLICA	FECHA		OBSERVACIONES					
MICRONUTRIENTES:	NO APLICA	VITAMINA A:		SULFATO FERROSO:					
ANTIPARACITARIO	SE VERIFICAN RECOMENDACIONES BRINDADAS EN EL CONTROL ANTERIOR			NO					
ASISTIO A	OBSERVACIONES								
ANTECEDENTES PERINATALES									
PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL	AUDITIVO	<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> auditivo	PESO AL NACER	3055	TALLA AL NACER		50	
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS	NO	CONTROL PRENATAL	NO	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	SI	PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA NO			
ANOMALIA CONGENITA MUTIPLE O MAYOR	NO	HOSPITALIZACION NEONATAL >7 DIAS	NO	EN UCI	NO	MAS DE 30 DIAS	NO		
OBSERVACIONES									
NO REQUIRIO MANIOBRAS DE REANIMACION									
ANTECEDENTES PERSONALES									
MEDICOS	NO	OTITIS A REPETICION	NO	CONGENITAS	NO	HOSPITALARIOS	NO		
QUIRURGICOS	NO	FARMACOLOGICOS	NO	TOXICOS:	NO	ALERGICOS	NO		
TRANSFUSIONALES				NO					
DISCAPACIDAD	NO	TIPO DE DISCAPACIDAD			CUAL				
OBSERVACIONES									
NIEGA									
ANTECEDENTES FAMILIARES									
TUBERCULOSIS	NO	PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL		NO	QUIEN				
TRASTORNO MENTAL	NO	TRASTORNO MENTAL DE LOS PADRES		NO	MUERTE DE HERMANOS	NO	CONDUCTA SUICIDA	NO	
CONSUMO DE ALCOHOL, SUSTANCIAS SICOACTIVAS, CIGARRILLO				NO	VICTIMA DE VIOLENCIA	NO			
OBSERVACIONES									
NIEGA									
LACTANCIA									
MEJOR DE SEIS MESES:	SI	RECIBE LECHE MATERNA:	SI	VERIFIQUE LA TECNICA DE LACTANCIA , CORRECTA					
EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE	NO	CONOCE LA TECNICA		EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE		NO			
ADECUADA ALIMENTACION DE LA MADRE	SI	DETALLE	BALANCEADA						
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE,SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:									
CANTIDAD EN ONZAS	0,0000	FRECUENCIA AL DIA	0,0000	LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES:	0,0000	TECNICA ADECUADA DE PREPARACION			
CONOCE LA FORMA DE INICIAR LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA		INQUIETUDES ACERCA DE LA LACTANCIA COMPLEMENTARIA		EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA					



CON QUÉ ALIMENTOS INICIÓ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

ALIMENTACION			
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO:	NO	SI ES MAYOR DE UN AÑO YA CONSUME LA DIETA FAMILIAR	NO
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.			
LÍQUIDA BLANDA			
APETITO	NORMAL	DETALLE	
PROBLEMA EN EL HABITO ALIMENTARIO:			
EL DÍA DE AYER CONSUMIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE, SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:			
ANÁLISIS Hábitos Alimentarios		RECIBE LM + LECHE DE FORMULA NAN 1 EN BIBERON	

HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA			
EL NIÑO DUERME SOLO	SI	CON QUIEN DUERME	
HORAS DE SUEÑO AL DÍA	15,0000	HIGIENE BAÑO DIARIO	SI
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO		SI	CUALES: CARICIAS BESOS
ESTABLECIMIENTO DE LIMITES Y NORMAS	NO	ACUDE AL JARDIN O AL COLEGIO	NO
FOTO PROTECCION ADECUADA:		NO	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO		FORMA DE DISCIPLINAR	
CANTOS		NA	
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	SI	DETALLE:	
ESCOLARIZADO	NO	CURSO ACTUAL	
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	NO	Pertenencia a Pandillas	NO
DETALLE:			
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO	NO	MATONEO	NO
PROBLEMAS EN SOCIALIZACION		NO	
COMUNICACION EFECTIVA	NO	IMAGEN CORPORAL CONFORME	NO
LESIONES AUTOINFLINGIDAS		NO	
IDEACION SUICIDA	NO	INTENTOS SUICIDAS	
OBSERVACIONES:			

CONTEXTO SOCIAL			
PERTENECIA A ETNIA:	NO	ES EL NIÑO VICTIMA DE MALTRATO	NO
MALTRATO		CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE EL CUIDADO DEL NIÑO	NO
<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> HERMANOS	Otros 0,0000 Quienes

HERMANOS VIVOS:		MENORES DE 5 AÑOS:		RELACIONES FAMILIARES ARMONICAS	SI
CONSUMO DE PSICOACTIVOS O FARMACODEPENDENCIA EN PADRES O CUIDADORES:	NO	POBREZA EXTREMA O EN SITUACION DE CALLE	NO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	NO
ALGUIEN CON PROBLEMAS DE SALUD:	NO	NACINAMIENTO:	NO	TIENE REDES DE APOYO FAMILIARES Y COMUNITARIAS	NO
CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:					
OBSERVACIONES:					
NO REFIERE					

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION											
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES	4	
TUBERCULOSIS (BCG)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								VACUNAS PENDIENTES		
HEPATITIS B (HB)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								NINGUNA		
POLIO ORAL (VOP)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	R1	<input type="checkbox"/>	R2	OBSERVACIONES
POLIO INYECTABLE (VIP)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	R1	<input type="checkbox"/>	R2	
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3					
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	R1	<input type="checkbox"/>	R2	
ROTAVIRUS	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2							
NEUMOCOCO	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		R1				
INFLUENZA	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	RA				
HEPATITIS A	<input type="checkbox"/>					1					
SARAMPION RUBEOLA PAPERAS (SRP):	<input type="checkbox"/>					1	<input type="checkbox"/>			R1	
FIEBRE AMARILLA:	<input type="checkbox"/>							1			
VARICELA:	<input type="checkbox"/>							1			
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2							

SIGNOS VITALEES												
FC	100	FR	30	TA	0,0000	0,0000	TAM:		SAT. O2: %		PERIMETRO CEFALICO (Cm)	42
TEMP	37	TALLA	65	PESO ACTUAL (Kg)	6	IndiceMasaCorp:		14	PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)			

#### CABEZA Y CUELLO

OTOSCOPIA: SIN ALTERACIONES

#### VALORACION VISUAL

<b>SIN ALTERACIONES</b>
<b>EXAMEN EXTERNO</b>
<b>Otorrinonaringológico</b>
SIN ALTERACIONES
<b>Cardio Pulmonar o Torax:</b>
NO SDR AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS
<b>Gastrointestinal y/o abdomen:</b>
NO DOLOR A LA PALPACION
<b>Extremidades y/o osteomuscular:</b>
SIN ALTERACIONES
<b>Ginecológico y/o urinario:</b>
SIN ALTERACIONES
<b>ESTADIO TANNER</b>
I
PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL
NO
<b>Piel y faneras:</b>
SIN LESIONES
<b>Neurológico</b>
SIN DEFICIT

CUESTIONARIO VALE	
CALIFICACION Finalizada totalice las respuestas negativas y registre las a continuación	
RANGO DE EDAD	CONDICIONES ESTRUCTURALES
ITEMS	NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS
Comprensión (C)	
Expresión (E)	
Interacción (I)	
Vestibular (V)	
TOTAL	

CALIFICACION Finalizada:	PASA?:	SI	FALLA?:	NO
--------------------------	--------	----	---------	----

ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (0 A 7 AÑOS)							
MOTRICIDAD GRUESA		MOTRICIDAD FINA		AUDICION LENGUAJE		PERSONAL SOCIAL	
PUNTUACION DIRECTA	8	PUNTUACION DIRECTA	7	PUNTUACION DERECHA	7	PUNTUACION DIRECTA	7
	VERDE		VERDE		AMARILLO		ROJO

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

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

#### ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

##### ANALISIS

PACIENTE QUIEN ES TRAIDA POR CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA RIESGO DE BAJO PESO, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, NO SIGNOS DE MALTRATO, SE SUGIEREN CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CADA 2 MESES, PENDIENTE CONTROL CON PEDIATRIA. SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR MANEJO

PROXIMO CONTROL 2 MESES CON MEDICO

##### IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

BRONCOASPIRACION  
PC GRANDE PARA LA EDAD  
RGE??

##### PLAN DE MANEJO

SE SUGIEREN CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CADA 2 MESES, PENDIENTE CONTROL CON PEDIATRIA.

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

##### MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:

MAYOR DE 12 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS NO MAYOR DE 24 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS NO

##### LABORATORIOS

SE ENCUENTRA DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 6 A 23 MESES: NO MUJER QUE SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE 10 A 13 AÑOS NO

##### 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? NO

POR QUE

## REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA


## IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

## CONDUCTA PROFESIONAL

## LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO  
 LACTANCIA MATERNA  
 IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ESTIMULACION  
 PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL Y CONTAGIO POR COVID  
 PREVENIR BRONCOASPIRACION Y MUERTE SUBITA

## EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO Y DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 CUIDADOS DEL LACTANTE MENOR

## EDUCACIÓN

Importancia de asistir a la consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia  
 Signos de alarma  
 Lactancia materna  
 Higiene (baño, lavado de manos)  
 Sueño seguro  
 Vacunación  
 Cuidado bucal  
 Promover participación del rol del padre

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES: SI

## DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.  
 8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.

## DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA  
 2. 1INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL

## 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	

## DIAGNOSTICO NUTRICIONAL - niñas y niños menores de 5 años

Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
> +3	Obesidad	<input type="checkbox"/>
> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	<input checked="" type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	<input type="checkbox"/>

< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	<input type="checkbox"/>
< -3	Desnutrición Aguda Severa*	<input type="checkbox"/>
≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	<input checked="" type="checkbox"/>
≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	<input type="checkbox"/>
< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	<input type="checkbox"/>
> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>
≥ -2 a ≤ 2	Normal	<input type="checkbox"/>
< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input checked="" type="checkbox"/>

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

**ANTECEDENTES**

Tipo	Fecha	Observaciones
Familiares	05/12/2022	BISABUELA MATERNA HTA
Médicos	05/12/2022	DETECION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE
Inmunológicos	05/12/2022	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
Otros	05/12/2022	LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA
Médicos	05/12/2022	RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD
Médicos	12/12/2022	ninguno

**DIAGNOSTICOS**

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

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación:



Profesional: CARDENAS BERNAL LADY JOHANNA  
 Cédula: 52871195  
 Tipo Medico: Medico\_General

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

**DATOS DE FOLIO**

**N° FOLIO:** 6 **FECHA DE APERTURA** 26/01/2023 11:37:45 a. m. **FECHA DE CIERRE** **FOLIO:** 26/01/2023 11:53:09 a. m.  
**FOLIO:**

**DATOS DEL PACIENTE**

1012476551

**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 3208444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
**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:** 8103783 **FECHA DE INGRESO:** 26/01/2023 11:12:08 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** h **DIRECCION RESPONSABLE:** I **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** SU59 - USS 92 PATIOS **ÁREA DE SERVICIO:** SU59A10 - MEDICINA GENERAL 92 PATIOS  
**NOMBRE ACUDIENTE** MADRE: CAROL DANIELA AVILA **TELÉFONO ACUDIENTE** 3208444553 **RESPONSABLE** SI  
**NIVEL EDUCATIVO** 13.NINGUNO **ETNIA** **DISCAPACIDAD** SI **TIPO DISCAPACIDAD**  
**EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD** NO APLICA

**MOTIVO DE CONSULTA**

VOMITA CADA QUE COME

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACINTE DE 5 MESES SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS REFIERE FAMILIAR MADRE QUE DESDE NACIMIENTO PACIENTE PRESENTA EPISODIOS DE VOMITOS CON LA INGESTA DE ALIMENTOS POR LO CUAL A ESTADO EN CONSULTA CON PEDIATRIA SIN TTO MEDICO SIN OTRA SINTOMATOLOGIA POR LO CUAL CONSULTA

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

Ha estado hospitalizado en el ultimo año

**Observacion:****ANTECEDENTES**

Tipo: Familiares Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: BISABUELA MATERNA HTA  
 Tipo: Médicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: DETECCION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE  
 Tipo: Inmunológicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD  
 Tipo: Otros Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA  
 Tipo: Médicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD  
 Tipo: Médicos Fecha: 12/12/2022  
 Detalle: ninguno

**REVISION POR SISTEMAS**

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



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

☐ ALTERACIONES MOTORAS☐ CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO☐ ALTERACIONES DE LA VISION**Otros:** NIEG AOTRA SINTOMATOLOGIA**SINTOMATICO RESPIRATORIO****NO**

Tos Mayor de 15 Dias

Convive Con Tosedor

Tos Seca

Antecedentes de Baciloscopia

Examen de BK

**SINTOMATOCO DE PIEL****NO**

Mancha Hipocromica

Área Hipoanestesica:

Placas Eritematosas

Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

**EXÁMEN FISICO**

Temperatura 36,2000 Frecuencia Respiratoria 31,00 Frecuencia Cardíaca 118 Tensión Arterial 1 / 1 Tensión Arterial Media 1,00 Perimetro Cefalico ( GLASGOW: 15 /15  
PESO: 5,9000 TALLA: 62,0000 Indice de masa Corporal 15,35 Saturacion de Oxigeno Fraccion Inspirada de oxigeno CONDICIONES: BUENAS  
Escala del dolor numerica 0 Escala del dolor grafica 0

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

SIN ALTERACION

**OTORRINONARINGOLOGICO**

SIN ALTERACION

**CARDIO PULMONAR Y/O TORAX**

SIN ALTERACION

**GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN**

SIN ALTERACION

**OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES**

SIN ALTERACION

**GINECO Y/O URINARIO**

SIN ALTERACION

**PIEL Y FANERAS**

LESIONES DESCAMATIVAS CIRCULARES EN TO EL AREA CORPORAL

**NEUROLOGICO**

SIN ALTERACION

**OBSERVACIONES****LABORATORIOS Y PARACLINICOS**

NO

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

PACIENTE DE 5 MESES CON EPISODIOS DE VOMITOS CON LA INGRESA DE LAS COMIDAS SEGUN FAMILIAR ACTUALMENTE ESTABLE CON DERMATITIS SE ORDENA CONSULTA CON PEDIATRIA CON DERMATOLOGIA

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

RIESGO DE ACCIDENTES

RIESGO DE INFECCIONES

RIESGO DE CIADAS

**ESCALA DE SUICIDIO**

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	NO
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

False False False False

**PACIENTE FUE ADHERENTE AL PLAN DE CUIDADOS DE LA CONSULTA ANTERIOR**

#### PLAN DE MANEJO

MANEJO TOPICO, SE SOLICITA RX DE CADERAS, VALORACION POR DERMATOLOGIA, ADEMAS SE SOLICITA CONTROL CON PEDIATRIA REFLUJO GASTROESOFAGICO Y RIESGO DE BAJO PESO.

**NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO** NO

**TIPO DE AISLAMIENTO**

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

**REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA**

**CUAL**

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

**NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)**

#### RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

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

**PORQUE**

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

**EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION** NO

**OBSERVACIONES**

#### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE****HISTORIA CLÍNICA****SUBREDSO CONSULTA EXTERNA****8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS  
MEDICAMENTOS****CONDUCTA PROFESIONAL****LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE**

SE EXPLICA A MADRE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL NIÑO DIETA SALUDABLE, HIGIENE ORAL Y CORPORAL DIARIA, DIETA ADECUADA PARA LA EDAD EVITAR PAQUETES DULCES. AUMENTAR CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, CEREALES, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, SALUD E HIGIENE ORAL, SEGUIMIENTO VACUNACIÓN TRAER CARNET EN TODAS LAS CITAS, CONTINUAR CONTROLES DE NIÑO SANO POR ENFERMERIA. SE REFUERZA CONOCIMIENTOS EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, COMO PRESENCIA DE TEMPERATURA MAYOR A 38 GRADOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOCIS PERIBUCAL (LABIOS DE COLOS MORADO), TIRAJES INTERCOSTALES (HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS), O PRESENCIA DE ESTERTORES O RONCUS EN EL TORAX (RUIDOS ANORMALES A NIVEL DEL TORAX), ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS LA PRESENCIA DE 5 O 6 DEPOCISIONES AL DIA LIQUIDAS Y DE OLOR FETIDO Y/O CON SANGRE. SE ENSEÑAN SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE: CONVULSION, NO COME. NO BEBE, VOMITA TODO LO QUE COME Y ESTA LETARGICO E INCONSIENTE.

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

SE EXPLICA A MADRE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL NIÑO DIETA SALUDABLE, HIGIENE ORAL Y CORPORAL DIARIA, DIETA ADECUADA PARA LA EDAD EVITAR PAQUETES DULCES. AUMENTAR CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, CEREALES, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, SALUD E HIGIENE ORAL, SEGUIMIENTO VACUNACIÓN TRAER CARNET EN TODAS LAS CITAS, CONTINUAR CONTROLES DE NIÑO SANO POR ENFERMERIA. SE REFUERZA CONOCIMIENTOS EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, COMO PRESENCIA DE TEMPERATURA MAYOR A 38 GRADOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOCIS PERIBUCAL (LABIOS DE COLOS MORADO), TIRAJES INTERCOSTALES (HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS), O PRESENCIA DE ESTERTORES O RONCUS EN EL TORAX (RUIDOS ANORMALES A NIVEL DEL TORAX), ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS LA PRESENCIA DE 5 O 6 DEPOCISIONES AL DIA LIQUIDAS Y DE OLOR FETIDO Y/O CON SANGRE. SE ENSEÑAN SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE: CONVULSION, NO COME. NO BEBE, VOMITA TODO LO QUE COME Y ESTA LETARGICO E INCONSIENTE.

**EDUCACION****RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES** NO**DERECHOS**

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.
4. ELEGIR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ME ATENDERÁN

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO

DEMANDA INDUCIDA		
RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	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	

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

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

**DIAGNOSTICOS**

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
L309	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					
R688	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	Presuntivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS**

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	



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

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

1

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación:



---

Profesional: BARROS ACUÑA WILMER JOSE  
Cédula: 8646128  
Especialidad: MEDICINA GENERAL

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

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

#### DATOS DEL PACIENTE

**N° Historia Clínica:** 1012476551 **FECHA DE FOLIO:** 16/02/2023 9:16:30 a. m. **N° FOLIO:** 7  
**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 3208444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS RELACIONADOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

#### DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** EPS CAPITAL SALUD PYD SUBSIDIADO - CS-AS-005-2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

#### DATOS DE LA ADMISIÓN:

**N° INGRESO:** 8223630 **FECHA DE INGRESO:** 16/02/2023 7:54:57 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **DIRECCION RESPONSABLE:** NO **TELEFONO RESPONSABLE:** 3208444553  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** PA34 - USS EL PORVENIR **ÁREA DE SERVICIO:** PA34A38 - ENFERMERIA PYD PORVENIR

DATOS DEL PACIENTE					
TIPO DE CONSULTA	CONTROL				
MOTIVO DE CONSULTA					
"consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia"					
PACIENTE TRAIDA POR LA MADRE PARA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, MADRE EN EL MOMENTO REFIERE LESIONES DESCAMATIVAS CORPORALES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA 3208444553 - 3115498925					
TRAJE LABORATORIOS	NO APLICA	FECHA		HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA
RADIOGRAFIA DE CADERA	NO APLICA	FECHA		OBSERVACIONES	
MICRONUTRIENTES:	NO APLICA	VITAMINA A:		SULFATO FERROSO:	
ANTIPARACITARIO	SE VERIFICAN RECOMENDACIONES BRINDADAS EN EL CONTROL ANTERIOR				NO
ASISTIO A	OBSERVACIONES				
PACIENTE DE 6 MESES TRAIDO POR MADRE A CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. AL INGRESO NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES EN SU ESTADO DE SALUD NI DE CONCIENCIA. ULTIMO CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO REFIERE ACUDIENTE FUE HACE 1 MESES, CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES DADAS EN CONTROLES ANTERIORES. REFIERE ACUDIENTE QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE SANA Y EN BUEN ESTADO DE SALUD, NIEGA TAMBIEN EN EL PACIENTE: TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIARREA, FIEBRE, PROBLEMAS EN EL OÍDO Y EN LA GARGANTA. TRAE CARNET DE VACUNAS REFIERE COMPLETO PARA EDAD. MADRE NIEGA CAMBIOS EN ANTECEDENTES DESDE ÚLTIMO CONTROL.					

ANTECEDENTES PERINATALES									
PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL	AUDITIVO	<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> auditivo	PESO AL NACER	3055	TALLA AL NACER	50		
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS	NO	CONTROL PRENATAL	NO	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	SI	PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA NO			
ANOMALIA CONGENITA MULTIPLE O MAYOR	NO	HOSPITALIZACIÓN NEONATAL >7 DIAS	NO	EN UCI	NO	MAS DE 30 DIAS	NO		
OBSERVACIONES									
NO REQUIRIO MANIOBRAS DE REANIMACION									

ANTECEDENTES PERSONALES									
MEDICOS	NO	OTITIS A REPETICION	NO	CONGENITAS	NO	HOSPITALARIOS	NO		
QUIRURGICOS	NO	FARMACOLOGICOS	NO	TOXICOS:	NO	ALERGICOS	NO		
TRANSFUSIONALES									
DISCAPACIDAD	NO	TIPO DE DISCAPACIDAD		CUAL					
OBSERVACIONES									
REFIERE VOMITA TODO EL TIEMPO YA LA VIO MEDICO PERO NO LE DAN DIAGNOSTICO TIENE CITA DE PEDIATRIA EL DIA 20/02/2023									

ANTECEDENTES FAMILIARES									
TUBERCULOSIS	NO	PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL	NO	QUIEN					
TRASTORNO MENTAL	NO	TRASTORNO MENTAL DE LOS PADRES	NO	MUERTE DE HERMANOS	NO	CONDUCTA SUICIDA	NO		
CONSUMO DE ALCOHOL, SUSTANCIAS SICOACTIVAS, CIGARRILLO	NO	VICTIMA DE VIOLENCIA	NO						
OBSERVACIONES									
NIEGA									

LACTANCIA									
MEJOR DE SEIS MESES:	SI	RECIBE LECHE MATERNA:	SI	VERIFIQUE LA TECNICA DE LACTANCIA, CORRECTA	NO				
EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE	NO	CONOCE LA TECNICA	EXTRACCIÓN Y/O CONSERVACION DE LA LECHE	NO					

ADECUADA ALIMENTACION DE LA MADRE		SI	DETALLE	BALANCEADA
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE, SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:				
CANTIDAD EN ONZAS	0,0000	FRECUENCIA AL DIA	0,0000	LACTANCIA EXCLUSIVA EN MESES:
				0,0000
CONOCE LA FORMA DE INICIAR LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA		INQUIETUDES ACERCA DE LA LACTANCIA COMPLEMENTARIA		EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
CON QUÉ ALIMENTOS INICIÓ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA				

ALIMENTACION			
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO:	NO	SI ES MAYOR DE UN AÑO YA CONSUME LA DIETA FAMILIAR	NO
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.			
LÍQUIDA BLANDA			
APETITO	NORMAL	DETALLE	
PROBLEMA EN EL HABITO ALIMENTARIO:			
EL DIA DE AYER CONSUMIO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS AGUA, AROMÁTICA, JUGO O TE, SOPA, PURÉ PAPILLA O SECO, LECHE DE FÓRMULA, DE VACA, DE CABRA, LÍQUIDA, EN POLVO O EN BOLSA:			
ANÁLISIS HÁBITOS ALIMENTARIOS		RECIBE LM + LECHE DE FORMULA NAN 1 EN BIBERON 5 ONS	

HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA			
EL NIÑO DUERME SOLO	SI	CON QUIEN DUERME	
HORAS DE SUEÑO AL DIA	15,0000	HIGIENE BAÑO DIARIO	SI
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO		SI	CUALES: CARICIAS BESOS
ESTABLECIMIENTO DE LIMITES Y NORMAS	NO	ACUDE AL JARDIN O AL COLEGIO	NO
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO		FORMA DE DISCIPLINAR	
CANTOS		NA	
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	SI	DETALLE:	
ESCOLARIZADO	NO	CURSO ACTUAL	
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	NO	PERTENENCIA A PANDILLAS	NO
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO	NO	DETALLE:	
COMUNICACION EFECTIVA	NO	IMAGEN CORPORAL CONFORME	NO
IDEACION SUICIDA	NO	INTENTOS SUICIDAS	
OBSERVACIONES:			

CONTEXTO SOCIAL			
PERTENECIA A ETNIA:	NO	ES EL NIÑO VICTIMA DE MALTRATO	NO
MALTRATO		CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE EL CUIDADO DEL NIÑO	NO
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HERMANOS    Otros    0,0000    Quienes			

HERMANOS VIVOS:		MENORES DE 5 AÑOS:		RELACIONES FAMILIARES ARMONICAS	SI
CONSUMO DE PSICOACTIVOS O FARMACODEPENDENCIA EN PADRES O CUIDADORES:		NO	POBREZA EXTREMA O EN SITUACION DE CALLE	NO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
ALGUIEN CON PROBLEMAS DE SALUD:	NO	NACINAMIENTO:	NO	TIENE REDES DE APOYO FAMILIARES Y COMUNITARIAS	NO
CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:		NO			
OBSERVACIONES:					
NO REFIERE					

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS      NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION											
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES	7	
TUBERCULOSIS (BCG)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								VACUNAS PENDIENTES		
HEPATITIS B (HB)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								INFLUENZA EN MAYO		
POLIO ORAL (VOP)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3		R1		R2	
POLIO INYECTABLE (VIP)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3		R1		R2	
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3					
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)								R1		R2	
ROTAVIRUS	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2							
NEUMOCOCO	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2				R1			
INFLUENZA				1		2		RA			
HEPATITIS A								1			
SARAMPION RUBEOLA PAPERAS (SRP):								1		R1	
FIEBRE AMARILLA:									1		
VARICELA:									1		
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):			1		2						
SIGNOS VITALEES											

FC	110	FR	25	TA	0,0000	0,0000	TAM:		SAT. O2: %		PERIMETRO CEFALICO (Cm)	43
TEMP	37	TALLA	65	PESO ACTUAL (Kg)	6		IndiceMasaCorp:		15		PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)	

**CABEZA Y CUELLO**

BUEN ESTADO GENERAL. NORMOCÉFALO. CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR. CUELLO MÓVIL, NO MASAS, NO ADENOPATÍAS.

**VALORACION VISUAL**

ADECUADA INSERCIÓN, SIMETRICO, ADECUADO CIERRE Y APERTURA, REACTIVO A LA LUZ, MOVIMIENTOS OCULARES PRESENTES

**EXAMEN EXTERNO****Otorrinonaringológico**

NORMAL

**Cardio Pulmonar o Torax:**

TÓRAX SIMÉTRICO, NO TIRAJES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, NO AGREGADOS. CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS.

**Gastrointestinal y/o abdomen:**

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

**Extremidades y/o osteomuscular:**

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTÓNICAS, EUTRÓFICAS, NO EDEMA, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR ADECUADO.

**Ginecológico y/o urinario:**

GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD, NO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN, BUENA HIGIENE GENITAL

**ESTADIO TANNER**

I

PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL NO

**Piel y faneras:**

SIN LESIONES

**Neurológico**

ALERTA, NO DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR, NO SIGNOS MENÍNGEOS

**CUESTIONARIO VALE**

**CALIFICACION Finalizada totalice las respuestas negativas y registrelas a acontinuacion**

RANGO DE EDAD	CONDICIONES ESTRUCTURALES
ITEMS	NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS
Comprensión (C)	
Expresión (E)	
Interacción (I)	
Vestibular (V)	
TOTAL	

CALIFICACION Finalizada: PASA?:

SI

FALLA?:

NO

**ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (0 A 7 AÑOS)**

MOTRICIDAD GRUESA		MOTRICIDAD FINA		AUDICION LENGUAJE		PERSONAL SOCIAL	
PUNTUACION DIRECTA	10	PUNTUACION DIRECTA	10	PUNTUACION DERECHA	10	PUNTUACION DIRECTA	10
	AMARILLO		VERDE		VERDE		VERDE

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

**APGAR FAMILIAR**

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

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

MADRE E HIJO CON BUENA ADHERENCIA AL PROGRAMA, PACIENTE CON TALLA PARA EL PESO RIESGO DE DESNUTRICION. PESO TALLA EN DESVIACION  $\geq -1$  A  $\leq +1$  TALLA ADECUADA PARA LA EDAD TALLA EN DESVIACION  $\geq -2$  PERIMETRO CEFALICO ADECUADO PERIMETRO CEFALICO EN DESVIACION  $\geq -2$  CURVAS ASCENDENTES TRAER EN PROXIMA CITA CARNET DE VACUNAS Y CURVA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO LA CUAL SE ACTUALIZA, A TODOS LOS CONTROLES YA SEA MEDICO, ODONTOLÓGICO Y POR ENFERMERIA. NO SE EVIDENCIAS SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL NO SE TOMA TENSION ARTERIAL PORQUE NO SE CUENTA CON BRAZALETE PEDIATRICO, ACUDIENTE DE PACIENTE REFIERE ENTENDER TODO LO EXPLICADO DURANTE LA ASESORIA, SE ACLARAN DUDAS. LA MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE NO CONSUME NINGUN MEDICAMENTO EN ESTE MOMENTO. PACIENTE SIN NECESIDADES DE ASILAMIENTO, SE HABLA DE DEBERES Y DERECHOS, SE IDENTIFICAN RIESGO NO FARMACOLÓGICOS: SE ACLARAN LAVADO DE MANOS, HIGIENE GENERAL, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR, MANEJO DE ALIMENTOS EN CASA. NO SE EVIDENCIA NINGUN SIGNO DE DISCAPACIDAD, NO SE OBSERVAN PROBLEMAS AUDITIVOS, BUENA FUNCION FAMILIAR, SE FORTALECEN FACTORES PROTECTORES: CONTINUAR CON BUENA ALIMENTACION, 10 HORAS DIARIAS DE SUEÑO, CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION, CONTINUAR CON BUEN VINCULO AFECTIVO EN LA FAMILIA, SE PROMUEVE LA TRANSMISION DE VALORES, SE FELICITA A ACUDIENTE POR SEGUIR RECOMENDACIONES DADAS EN CONSULTA ANTERIOR FRENTE A ALIMENTACIÓN, CUIDADOS GENERALES Y ACTIVIDADES DIARIAS DEL NIÑO. CONTINUAR CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO VACUNAS AL DIA PARA LA EDAD, SE LE INFORMA AL ACUDIENTE QUE LAS PROXIMAS VACUNAS SERAN A LOS 60 MESES.

PROXIMO CONTROL 2 MESES CON MEDICO

#### IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

BRONCOASPIRACION  
PC GRANDE PARA LA EDAD  
RGE??

#### PLAN DE MANEJO

CONSEJERIA EN NUTRICION: CONTINUAR BUENA ALIMENTACION. DAR 5 FRUTAS Y 5 VERDURAS AL DIA, NO COMER ALIMENTOS PROCESADOS, NO PAQUETES. DAR MAS PRODUCTOS LACTEOS.  
SE EXPLICA CURVA DE CRECIMIENTO A ACOMPAÑANTE, ESTA COMPRENDE SE Y SE ACLARAN DUDAS.

- INICIAR CON EL CEPILLADO DENTAL 3 VECES AL DIA
- SE EXPLICA ESTIMULACION SEGUN EDAD
- SE ENVIA A CITA MEDICA PARA VALORACION
- SE ENVIA A VACUNACION A LOS 6 MESES DE EDAD
- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN 7 MESES

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

#### MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:

MAYOR DE 12 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS NO MAYOR DE 24 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS NO

#### LABORATORIOS

SE ENCUENTRA DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 6 A 23 MESES: NO MUJER QUE SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE 10 A 13 AÑOS NO

#### 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? NO

POR QUE

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA


#### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

#### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO  
LACTANCIA MATERNA  
IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ESTIMULACION  
PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL Y CONTAGIO POR COVID  
PREVENIR BRONCOASPIRACION Y MUERTE SUBITA

#### EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO Y DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
CUIDADOS DEL LACTANTE MENOR

**EDUCACIÓN**

Importancia de asistir a la consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia

Signos de alarma

Lactancia materna

Higiene (baño, lavado de manos)

Sueño seguro

Vacunación

Cuidado bucal

Promover participación del rol del padre

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES:

SI

**DERECHOS**

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

8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.

**DEBERES**

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

2. 1INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL

**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	

**DIAGNOSTICO NUTRICIONAL - niñas y niños menores de 5 años**

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

**VALORACION NUTRICIONAL niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años**

Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	False
≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	False
< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	False
> +2	Obesidad	False
> +1 a ≤ +2	Sobrepeso	False
≥ -1 a ≤ +1	IMC Adecuado para la Edad	False
≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	False
< -2	Delgadez	False

**ANTECEDENTES**

Tipo	Fecha	Observaciones
Familiares	05/12/2022	BISABUELA MATERNA HTA
Médicos	05/12/2022	DETECION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE
Inmunológicos	05/12/2022	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
Otros	05/12/2022	LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA
Médicos	05/12/2022	RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD
Médicos	12/12/2022	ninguno

**DIAGNOSTICOS**

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

Observación

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación:



---

Profesional: SILVA CUBILLOS JENNY PATRICIA  
Cédula: 1030642979  
Tipo Medico: Enfermera

Usuario: 1007463319

Nombre reporte : HCRPHistoBase

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 16/02/2023 9:17:55 a. m. N° FOLIO: 8

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1012476551 IDENTIFICACION: 1012476551 EDAD: 1 Años / 0 Meses / 27 Días  
NOMBRE PACIENTE: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/2022 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: EPSS34 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CL 54F SUR 87K 04 TELEFONO: 3208444553 PROCEDENCIA: BOGOTA

ENFOQUE DIFERENCIAL

¿El paciente hace parte del grupo enfoque diferencial?

Orientacion Sexual

Tipo de población objetivo

Tipo de asistencia

Identidad de genero

¿Se identifica con algún grupo Étnico?

Pueblo indigena

EDUCACION  
BRINDADA

EDUCACIÓN EN INFANCIA Y PRIMERA INFANCIA

SIGNOS DE PELIGRO LOS NIÑOS VOMITA TODO LO QUE INGIERE CONVULSIONES Y/O ATAQUES LETÁRGICO O INCONSIENTE INCAPAZ DE HABLAR O DE BEBER SOMNOLIENTO, CONFUSO Y AGITADO HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR RESPIRACIONES RÁPIDAS OJOS HUNDIDOS INTRANQUILIDAD O IRRITABLE FIEBRE QUE NO CEDA CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS AIEPIS DA EDUCACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, COMO PRESENCIA DE TEMPERATURA MAYOR A 38 GRADOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOCIS PERIBUCAL (LABIOS DE COLOR MORADO), TIRAJES INTERCOSTALES (HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS), PRESENCIA DE ESTERTORES O RONCOS EN EL TORAX (RUIDOS ANORMALES A NIVEL DEL TORAX) SE DEBE CONSULTAR POR URGENCIAS, EN CUANTO A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS LA PRESENCIA DE 5 O 6 DEPOSICIONES AL DÍA LÍQUIDAS Y DE OLORES FÉTIDOS Y/O CONSANGRE. SE ENSEÑAN SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE: CONVULSION, NO COME. NO BEBE Y NO TOMA SENO, VOMITA TODO LO QUE COME Y ESTÁ LETÁRGICO E INCONSIENTE. CUIDADOS FRENTE AL COVID 19

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES		
Tipo	Fecha	Observaciones
Familiares	05/12/2022	BISABUELA MATERNA HTA
Médicos	05/12/2022	DETECCION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE
Inmunológicos	05/12/2022	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
Otros	05/12/2022	LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FÓRMULA
Médicos	05/12/2022	RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD
Médicos	12/12/2022	ninguno

Fumador: Medida Fumador: Tiempo Fumador: Medida Exfumador: Tiempo Exfumador:  
Fumadores en Casa: Exposición al humo: Tiempo exposición: Medida Exposición: Mascotas en casa:  
Sustancias: Medida Sustancias: Tiempo Sustancias:

Planifica: ☐

FUP: G: P: A: C: V: E: M:

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

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Nombre reporte : HCRPHistoBase

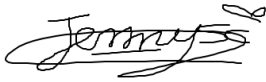
Usuario: 1007463319

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



DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	8223661	FECHA DE INGRESO:	16/02/2023 7:57:55 a. m.
FINALIDAD CONSULTA:	Atencion_Planificacion_Familiar	CAUSA EXTERNA:	Otra
RESPONSABLE:	YIRETH IVANNA ALARCON AVILA	DIRECCION RESPONSABLE:	NO
NIVEL EDUCATIVO:		ETNIA:	
TIPO DISCAPACIDAD		OCUPACION	
Detalle Indicación:		TELEFONO RESPONSABLE:	NO
		DISCAPACIDAD	



SILVA CUBILLOS JENNY PATRICIA

---

Enfermera

Cédula de ciudadanía-1030642979



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA FORMATO RADIOLOGIA

Nombre Paciente: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA

Nº Historia Clínica: 1012476551

### DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1012476551  
Nombre Paciente: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA  
Fecha Nacimiento: 11/agosto/2022 Edad Actual: 1 Años / 0 Meses / 27 Días  
Dirección: CL 54F SUR 87K 04  
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 20/02/2023 9:48:37 a. m. Nº FOLIO: 9  
Identificación: 1012476551 Sexo: Femenino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3208444553  
Ocupación: OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS RELACIONADOS NO CLASIFICADOS 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:

Nº INGRESO: 8243014 FECHA DE INGRESO: 20/02/2023 9:33:02 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: A DIRECCION RESPONSABLE: 0 TELEFONO RESPONSABLE:  
PAREN TESCO RESPONSABLE  
CENTRO DE ATENCIÓN: FO08 - USS 51 ZONA FRANCA ÁREA DE SERVICIO: FO08L02 - IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA 51 ZONA FRANCA  
TRIAGE: Fecha Triage:  
NIVEL EDUCATIVO ETNIA DISCAPACIDAD TIPO DE DISCAPACIDAD  
OCUPACION: RELIGION: RESPONSABLE

### FORMATO DE RADIOLOGIA

Fecha y hora 20/02/2023 9:47:59 a. m. Tipo de paciente Niño Contextura Delgado  
Estudio Camara 1

Hallazgos criticos NO

### Tipos de estudios

CAMARA 1

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis	
CADERA COMPARATIVA	60,0000	100,0000	0,8000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	CTDIvol (mGy)	DLP (mGyCm)
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis
	0,0000	60,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Estudio

Tecnica

KV MAS

Repeticion de estudio

Profesional: SANCHEZ MONTENEGRO EDIDH YULIETTE  
Cédula: 52778699  
Especialidad: RADIOLOGIA CONVENCIONAL

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



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**FORMATO RADIOLOGIA**

**Nombre Paciente: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA**

**Nº Historia Clínica: 1012476551**

NO

Impresion de placa	Cantidad	Estudio
		EN SISTEMA

Observaciones
---------------

☐ TIPO DE RX PERIAPICAL

NUMERO DE RX

### PLACAS REPETIDAS

**CONTEXTURA DEL PACIENTE:**

**NUMERO DE DIENTE A TOMAR Y OBSERVACIONES**

KV

mA

**T(s)**

**mGy**

**ODONTOLOGO DE ORDENA**

**ODONTOLOGO QUE  
APRUEBA RX:**

**PLACA TOMADA POR:****PLACA REVELADA POR:**

## CRITICO

**Tecnologo:** EDIDH YULIETTE SANCHEZ  
MONTENEGRO

**Identificación** 52778699

**Firma:**

Profesional: SANCHEZ MONTENEGRO EDIDH YULIETTE

Cédula: 52778699

021-733333	
Especialidad	RADIOLOGIA CONVENCIONAL

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



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA FORMATO RADIOLOGIA

Nombre Paciente: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA

Nº Historia Clínica: 1012476551

### DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1012476551  
Nombre Paciente: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA  
Fecha Nacimiento: 11/agosto/2022 Edad Actual: 1 Años / 0 Meses / 27 Días  
Dirección: CL 54F SUR 87K 04  
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 20/02/2023 9:50:42 a. m. N° FOLIO: 10  
Identificación: 1012476551 Sexo: Femenino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3208444553  
Ocupación: OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS RELACIONADOS NO CLASIFICADOS 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: 8243014 FECHA DE INGRESO: 20/02/2023 9:33:02 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: A DIRECCION RESPONSABLE: 0 TELEFONO RESPONSABLE:  
PAREN TESCO RESPONSABLE  
CENTRO DE ATENCIÓN: FO08 - USS 51 ZONA FRANCA ÁREA DE SERVICIO: FO08L02 - IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA 51 ZONA FRANCA  
TRIAGE: Fecha Triage:  
NIVEL EDUCATIVO ETNIA DISCAPACIDAD TIPO DE DISCAPACIDAD  
OCUPACION: RELIGION: RESPONSABLE

### FORMATO DE RADIOLOGIA

Fecha y hora 20/02/2023 9:49:38 a. m. Tipo de paciente Niño Contextura Delgado  
Estudio Camara 1

Hallazgos criticos NO

### Tipos de estudios

CAMARA 1

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis	
CADERA COMPARATIVA	60,0000	100,0000	0,8000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	CTDIvol (mGy)	DLP (mGyCm)
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis
	0,0000	60,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Estudio

Tecnica

KV MAS

Repeticion de estudio

Profesional: SANCHEZ MONTENEGRO EDIDH YULIETTE

Cédula: 52778699

Especialidad: RADIOLOGIA CONVENCIONAL

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



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**FORMATO RADIOLOGIA**

Nombre Paciente: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA

Nº Historia Clínica: 1012476551

NO

Impresion de placa	Cantidad	Estudio
		EN SISTEMA

Observaciones
---------------

<input type="checkbox"/> TIPO DE RX PERIAPICAL	NUMERO DE RX	PLACAS REPETIDAS
CONTEXTURA DEL PACIENTE:	NUMERO DE DIENTE A TOMAR Y OBSERVACIONES	
KV	mA	T(s)
		mGy

ODONTOLOGO DE ORDENA  
ODONTOLOGO QUE  
APRUEBA RX:  
PLACA TOMADA POR:  
PLACA REVELADA POR:

CRITICO

Tecnologo:	EDIDH YULIETTE SANCHEZ MONTENEGRO	
Identificación	52778699	Firma:

FECHA DE FOLIO: 16/03/2023 12:46:47 p. m. N° FOLIO: 11

**DATOS DEL PACIENTE:**

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1012476551 Tipo\_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: Registro civil-1012476551 EDAD: 1 Años / 0 Meses / 27 Días  
NOMBRE PACIENTE: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/2022 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CL 54F SUR 87K 04 TELEFONO: 3208444553 PROCEDENCIA: BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

N° INGRESO: 8398555 FECHA DE INGRESO: 16/03/2023 11:53:36 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: k DIRECCION RESPONSABLE: 0 TELEFONO RESPONSABLE: 0

MOTIVO DE CONSULTA ☐ CONTROL  
" CONTROL "

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE ES TRAIDA POR LA MADRE QUIEN REFIERE VERLA BAJA DE PESO, MADRE ASISTE CON MULTIPLES DUDAS SOBRE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACION, REFIERE DE LARGA DATA REFLUJO QUE LE MODIFICA LA CALIDAD DE VIDA. ES DE PRESENTACION DIARIA. NIEGA MANEJO MEDICO, SE ACUESTA A LAS 8 PM Y SE LEVANTA A LAS 6 AM, RECUENTO 24 HORAS DESAYUNO: TETERO DE SIMILAC ANTIREFLUJO 7 ONZAS 6 AM ONCES: NESTUM CON LECHE AR + FRUTA ALMUERZO: CALDO DE POLLO ONCES: TETERO DE SIMILAC AR DA 7 ONZAS CENA: TETERO

**ANTECEDENTES**

PATOLOGICOS: REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ESTUDIO  
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE  
TRANSFUSIONALES: NO REFIERE  
HOSPITALARIOS: NO REFIERE  
TRAUMATICOS: NO REFIERE  
ALERGICOS: NO REFIERE  
TÓXICOS: NO REFIERE  
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE

FAMILIARES: MADRE: POLITRAUMATISMO A LOS 25 AÑOS, Desarrollo psicomotor: BALBUCEA  
LAPAROTOMIA CON TRAUMA HEPATICO, PADRE: SE SIENTA CON APOYO  
33 AÑOS, CONUSMO EVENTUAL DE ALCOHOL  
PERINATALES: PRODUCTO DE 2 GESTACION DE MADRE DE 27 AÑOS, CON CONTROLES PRENATALES PATOLOGIAS  
NUMERO 10, PERFIL STORCH NEGATIVO Y PERINATELES:  
NO REACTIVO, ECOS DENTRO DE LIMITES  
NORMALES, MADRE PRESENTO  
PALPITACIONES NO ESTUDIADAS DURANTE  
EL EMBARAZO. OBTENIDA A LAS 39  
SEMANAS POR PARTO VAGINAL EUTOSICO,  
ADAPTACION NEONATAL ESPONTANEA, PAN  
: 3.050 GRAMOS, TAN: 50 CMS, NIEGA  
INGRESO A URN.

**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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilus I	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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: 3055 Talla al Nacer: 50  
APGAR: Edad Gestacional: ☒ Noción de contagio Tuberculosis ☐ Patología perinatal

Cuál:

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

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

ALIMENTACIÓN: Lactancia materna: Mixta Exclusiva (meses): Riesgo nutricional: Riesgo de Desnutrición  
Lactancia Complementaria (meses):

Alimentación actual:

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

Familiograma: madre  
padre

**REVISION POR SISTEMAS**

Organos de los Sentidos	NO REFIERE	Cardiopulmanar	NO REFIERE
GastroIntestinal	vomito post prandial	Musculo Esqueletico	NO REFIERE
Genito Urinario	NO REFIERE	Neurologico	NO REFIERE
Piel Faneras	NO REFIERE		

**EXAMEN FÍSICO**

Peso (gr): 6,43 Talla (cm): 65,30 Perimetro Cefálico (cm): 44 Perimetro Torácico (cm): Temperatura: 36 Tensión Arterial: NO EQUIPO  
Frecuencia Respiratoria: 36 Frecuencia Cardíaca: 125 Riesgo Nutricional: Riesgo de Desnutrición Escala del Dolor: 0,0000

**ESTADO GENERAL:**

**Examen físico:**

**Estado general:** BUENAS CONDICIONES GENERALES

P/T:-1.19 ZS

P/E:-1.48 ZS

T/E:-0.94 ZS

IMC/E:-1.28 ZS

CC/E:0.83 ZS

**Examen Físico:**

- CCC/ NORMOCÉFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, 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, ONFALO SANO, NO CAMBIOS DE COLORACIÓN EN PARED, PERISTALSIS PRESENTE EN 4 CUADRANTES.

- G/U/ GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS SIN LESIONES.

- EXT/ EUTRÓFICAS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR CONSERVADO, PULSOS SIMÉTRICOS BILATERALES.

- PIEL/ XERODEMIA GENERALIZADA Y MACULAS HIPOCROMICAS EN MII

- SNC/ ALERTA, ACTIVO, SIMETRÍA FACIAL, TONO Y TROFISMO CONSERVADO GLASGOW 15/15, NO DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO EVIDENTE.

**Paraclínicos**

20/02/2023

HALLAZGOS:

Concavidad central de techos acetabulares con ángulos de 20° y 21°.

Núcleos femorales de crecimiento presentes, hipoplásicos, asimétricos.

Irregularidad de arcos de Shenton

No hay alteración de líneas grasas

OPINIÓN

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LAS CADERAS.

CORRELACIÓN DE HALLAZGOS CON EXAMEN FÍSICO.

CONTROL SEGÚN CRITERIO DE MÉDICO TRATANTE.

**ANTECEDENTES**



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

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Familiares	05/12/2022	BISABUELA MATERNA HTA

**DIAGNÓSTICOS**

Código	Nombre
K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS

Tipo	Principal
Presuntivo	True

Observaciones:

**ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**

**ANALISIS**

IVANNA, LACTANTE MENOR FEMENINA CON DIAGNOSTICOS DE :  
REFLUJO GASTROESOFAGICO PATOLOGICO EN ESTUDIO ??  
RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA  
NEURODESARROLLO ACORDE A EDAD  
DERMATITIS ATOPICA  
SOSPECHA DE DISPLASIA DE LA CADERA EN DESARROLLO

PLAN :  
INICIO MANEJO CON INHIBIDOR DE BOMBA POR UN MES  
VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA  
CONTINUAMOS FORMULAR  
CONTROL MENSUAL  
VAL POR ORTOPEDIA INFANTIL  
INSTRUYO SOBRE BLW  
MANEJO EMOLIENTE

**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**

INICIO MANEJO CON INHIBIDOR DE BOMBA POR UN MES  
VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA  
CONTINUAMOS FORMULAR  
CONTROL MENSUAL  
VAL POR ORTOPEDIA INFANTIL  
INSTRUYO SOBRE BLW  
MANEJO EMOLIENTE



---

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



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?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	NO
VARON	



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

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

Fecha Actual : jueves, 07 septiembre 2023  
50/61

FECHA DE FOLIO: 16/03/2023 12:46:47 p. m. N° FOLIO: 11

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: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA  
Cédula: 1020730330  
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319

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

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

**DATOS DE FOLIO**

**Nº FOLIO:** 12 **FECHA DE APERTURA** 10/05/2023 8:49:17 a. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 10/05/2023 8:59:50 a. m.  
**FOLIO:**

**DATOS DEL PACIENTE**

1012476551

**Nombre Paciente:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1012476551 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 11/agosto/2022 **Edad Actual:** 1 Años / 0 Meses / 27 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 54F SUR 87K 04 **Teléfono:** 3208444553  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
**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:**

**Nº INGRESO:** 8704892 **FECHA DE INGRESO:** 10/05/2023 7:51:57 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** YIRETH IVANNA ALARCON AVILA36 **DIRECCION RESPONSABLE:** S **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** FO08 - USS 51 ZONA FRANCA **ÁREA DE SERVICIO:** FO08A03 - DERMATOLOGIA 51 ZONA FRANCA  
**NOMBRE ACUDIENTE** **RESPONSABLE**  
**NIVEL EDUCATIVO** 13.NINGUNO **ETNIA** **DISCAPACIDAD** SI **TIPO DISCAPACIDAD**  
**EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD** NO APLICA

**MOTIVO DE CONSULTA**

LESIONES EN LA PIEL

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE DE 8 MESES DE EDAD QUE ES TRAIDA POR PRESENTAR LESIONES DESDE QUE NACIO LLEVO TRATAMIENTO CON BETAMETASONA Y MEJORO

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

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

**Observacion:**

**ANTECEDENTES**

Tipo: Familiares Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: BISABUELA MATERNA HTA  
 Tipo: Médicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: DETECCION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE  
 Tipo: Inmunológicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD  
 Tipo: Otros Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA  
 Tipo: Médicos Fecha: 05/12/2022  
 Detalle: RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD  
 Tipo: Médicos Fecha: 12/12/2022  
 Detalle: ninguno

**REVISION POR SISTEMAS**

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



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

☐ ALTERACIONES MOTORAS☐ CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO☐ ALTERACIONES DE LA VISION**Otros:** NIEGA**SINTOMATICO RESPIRATORIO****NO**

Tos Mayor de 15 Dias

Convive Con Tosedor

Tos Seca

Antecedentes de Baciloscopia

Examen de BK

**SINTOMATOCO DE PIEL****NO**

Mancha Hipocromica

Área Hipoanestesica:

Placas Eritematosas

Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

**EXÁMEN FÍSICO**

Temperatura	0,0000	Frecuencia Respiratoria	0,000	Frecuencia Cardíaca		Tensión Arterial	/	Tensión Arterial Media	,00	Perimetro Cefalico	<b>GLASGOW:</b>	/15
PESO:	0,0000	TALLA:	0,0000	Indice de masa Corporal	,00	Saturacion de Oxigeno		Fraccion Inspirada de oxigeno		<b>CONDICIONES:</b>		
Escala del dolor numerica	0	Escala del dolor grafica										

**OBSERVACIONES****SISTEMA****CABEZA Y CUELLO****OTORRINONARINGOLOGICO****CARDIO PULMONAR Y/O TORAX****GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN****OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES****GINECO Y/O URINARIO****PIEL Y FANERAS**

NO TIENE LESIONES ACTIVAS

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

CONTROL

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS****ESCALA DE SUICIDIO**

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



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

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

False False False False

**PACIENTE FUE ADHERENTE AL PLAN DE CUIDADOS DE LA CONSULTA ANTERIOR**  
**PLAN DE MANEJO**

**NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO** NO

**TIPO DE AISLAMIENTO**

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

**REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA**

**CUAL**

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

**NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)**

**RECONCILIACION MEDICAMENTOSA**

1.El paciente toma habitualmente medicamnetos en la casa

NO

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

**PORQUE**

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

**EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION**

**OBSERVACIONES**

**IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS**

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES  
DE SU ENFERMEDAD

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**

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

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

**EDUCACION**

**RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES**

**DERECHOS**

**DEBERES**

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

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

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

**DIAGNOSTICOS**

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso
L305	PITIRIASIS ALBA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

**PLAN DE TRATAMIENTO**

Cantidad	Nombre	Observacion
1		BAÑOS CORTOS CON AGUA TIBIA, JABON DOVE, NO ESTROPAJOS NI TRAPITOS NI GUANTES PARA RESTREGAR LA PIEL LUBRIDERM TAPA DORADA O AZUL CLARA ULTRAHUMECTANTE APLICAR EN CUERPO DESPUES DE BAÑO Y AL ACOSTARSE PROTECTOR SOLAR DE NIÑOS DERMATOLÓGICO APLICAR EN CARA COMO PROTECTOR SOLAR A DIARIO 7 AM 11 AM Y 3PM MARCAS SUGERIDAS: UMBRELLA KIDS Ó SUNFACE KIDS Ó ANTHELIUIS DERMOPEDIATRICO Ó AVENE KIDS Ó FOTOULTRA KIDS

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS**

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	1	CONTROL EN 3 MESES

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación:



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

A handwritten signature in black ink, appearing to be "G. J.", written over a horizontal line.

---

Profesional:	GARCIA MAYORCA REYES CAMILO ERNESTO
Cédula:	79776499
Especialidad	DERMATOLOGIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 7/06/2023 12:09:37 p. m. N° FOLIO: 13

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1012476551 IDENTIFICACION: 1012476551 EDAD: 1 Años / 0 Meses / 27 Días  
NOMBRE PACIENTE: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/2022 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CL 54F SUR 87K 04 TELEFONO: 3208444553 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8704892 FECHA DE INGRESO: 10/05/2023 7:51:57 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: YIRETH IVANNA ALARCON AVILA36 DIRECCION RESPONSABLE: S TELEFONO RESPONSABLE: S  
AREA DE SERVICIO: FO08A03 - DERMATOLOGIA 51 ZONA FRANCA CENTRO ATENCIÓN: FO08 - USS 51 ZONA FRANCA FECHA HC: 7/06/2023 12:07:34 p. m.

NOTA ACLARATORIA: PARA FORMULA

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	TACROLIMUS 0.1% UNGUENTO	APLICAR UNA CAPA FINA SOBRE LAS LESIONES 2 VECES AL DIA POR 5 DIAS LUEGO 1 VEZ AL DIA POR 5 DIAS LUEGO 1 VEZ AL DIA 3 VECES POR SEMANA

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida

Detalle Indicación:

Dieta:

Recomendaciones:

Actividad Física:

Pedir Cita: Días Cita con:

Sitio:

Profesional: GARCIA MAYORCA REYES CAMILO ERNESTO  
Cédula: 79776499  
Especialidad: DERMATOLOGIA

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

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

DATOS DEL PACIENTE

1012476551

Nombre Paciente:

YIRETH IVANNA ALARCON AVILA

Tipo Doc:

RegistroCívil

Identificación:

1012476551

Sexo:

Femenino

Fecha Nacimiento:

11/agosto/2022

Edad Actual:

1 Años / 0 Meses / 27 Días

Estado Civil:

Soltero

Dirección:

CL 54F SUR 87K 04

Teléfono:

3208444553

Procedencia:

BOGOTA

Ocupación:

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:

9026328

FECHA DE INGRESO:

2/07/2023 5:21:40 p. m.

FINALIDAD CONSULTA:

No\_Aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad\_General

RESPONSABLE:

CAROL AVILA

DIRECCION RESPONSABLE:

CL 54F SUR 87K 04

RELIGION

CENTRO DE ATENCIÓN:

BO35 - USS BOSA

ÁREA DE SERVICIO:

B035I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA BOSA

TRIAGE:

1097430

Fecha Triage:

2/07/2023 5:16:58 p. m.

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

NOMBRE ACUDIENTE

TELEFONO ACUDIENTE

RESPONSABLE

NIVEL EDUCATIVO

ETNIA

DISCAPACIDAD

TIPO DISCAPACIDAD

Tipo de Consulta

Acompañante:

Fecha Ingreso a Consulta

2/07/2023 18:16:17

Discapacidad

NO

Telefono:

Tipo Discapacidad

NINGUNA

Asintomático Respiratorio:

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

2/07/2023 6:26:31 p. m.

domingo, 2 de julio de 2023 6:16:44 p. m.

MOTIVO DE CONSULTA: TIENE UN BROTE.  
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 10 MESES DE EDAD, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN APARICION DE LESIONE EN PIEL GENERALIZADAS, QUE POSTERIORMENTE HAN MEJORADO SIN OTRA SINTOMALOGIA ASOCIADA.  
ANTECEDENTES MEDICOS DE RELEVANCIA: MADRE DE 27 AÑOS DE EDAD, FRUTO DE PRIMERA GESTACION, EMBARAZO DE 39 SEMANAS, PARTO VAGINAL ETUOCICO, PAN: 3055 GRAMOS TAN: 50 CM,

REVISION POR SISTEMA

Organos de los Sentidos

NIEGA

GastroIntestinal

DEPOSICIONES DE CARACTERISTICAS USUALES.

Genito Urinario

DIURESIS DE CARACTERISTICAS USUALES.

Piel Faneras

NIEGA

Cardiopulmanar

NIEGA

Musculo Esqueletico

NIEGA

Neurologico

NIEGA

SIGNOS VITALES

ASPECTO GENERAL AL INGRESO

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, HIDRATADA, MUCOSAS ROSADAS ADECUADA ACTIVIDAD Y REACTIVIDAD. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Frecuencia Respiratoria	21	Tension Arterai	98/56	FrecuenciaCardiaca	101	TALLA	71,0 000	PESO	7600 GR	GLASGOW	15/15
Temperatura	36.6	Fracción Inspirada de Oxigeno	21	Saturación	91						

SATURACION

91

PROCEDIMIENTO







ESCALA DEL DOLOR

Nombre reporte : HCRPHistoBase

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

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

#### ANALISIS DEL DOLOR

#### CABEZA Y CUELLO

NORMOCÉFALO. SIN ALTERACIONES, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, ISOCORICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS MUCOSA ORAL ROSADA Y HUMEDA, GARGANTA SIN ALTERACIONES, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS. ORL: OIDOS Y MASTOIDES SIN SECRECIONES, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES. NARIZ PERMEABLE SIN SECRECIONES.

#### CARDIOPULMONAR

NORMOCONFIGURADO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, SIN AGREGADOS, SIN TIRAJES SUBCOSTALES NI INTERCOSTALES

#### ABDOMEN

BLANDO, NO HAY DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS SUGESTIVOS DE APENDICITIS, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS CON ADECUADA FRECUENCIA E INTENSIDAD.

#### GENITOURINARIO

NORMOCONFIGURADOS. NO SECRECIONES. ANO, PERINÉ, ÁREA SACRA NORMAL.

#### EXTREMITADES

EUTRÓFICAS- EUTÉRMICAS - BIEN PERFUNDIDAS, NO EDEMAS NI INFLAMACIÓN. LLENADO CAPILAR NORMAL. PULSOS CONSERVADOS. OSTEOARTICULAR: CLÍNICAMENTE NORMAL. NO DOLOR- NO APARENTA DEFORMIDAD. NO NI SIGNOS INFLAMATORIOS.

#### PIEL Y FANERAS

PRESENCIA DE HABONES EN REGION ANTERIOR Y POSTERIOR DE TORAX.

#### NEUROLOGICO

ALERTA, REACTIVO A ESTÍMULOS. PUPILAS, FACIAL, PARES CRANEANOS NORMALES. TONO + FUERZA + REFLEJOS / EDAD CONSERVADOS

#### ANALISIS DE LA INFORMACION

YIRETH. PACIENTE FEMENINA DE 10 MESES DE EDAD, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN APARICION DE LESIONE EN PIEL GENERALIZADAS, QUE POSTERIORMENTE HAN MEJORADO SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. AL MOMENTO DE VALORACION PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA ESTABLE, ALERTA, ACTIVO Y REACTIVO AL MEDIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SATURACIONES POR ENCIMA DE METAS CON FIO2 AL MEDIO AMBIENTE. AL EXAMEN FISICO PRESENCIA DE HABONES EN REGION ANTERIOR Y POSTERIOR DE TORAX, SE CONSIDERA CUADRO DE SINDROME URTICARIFORME LEVE, SIN CRITERIOS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE LE EXPLICA A MADRE CONDUCTA Y CONDICION QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

#### PLAN DE MANEJO

- SALIDA. - SE DA FORMULA MEDICA. - CITA CONTROL POR PEDIATRIA EN 10 DIAS. - SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS. - SE LE EXPLCA A PADRE CONDUCTA Y CONDICION MEDICA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. - Evitar contacto con otras personas enfermas o con gripe- Realizar adecuado lavado de manos con agua y jabón al niño y a los cuidadores, especialmente antes y después de ir al baño o cambiar el pañal y antes de cada SIGNOS DE ALARMA - MORADO, TIENE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DEJA DE RESPIRAR. HUNDIMIENTO DE LA PIEL ENTRE LAS COSTILLAS, RESPIRA MUY RAPIDO - DECAIMIENTO O IRRITABILIDAD O LLANTO INCONSOLABLE QUE PERSISTE PESE A BAJAR LA TEMPERATURA Y SUS CUIDADORES HABITUALES NO PUEDAN CALMAR.- PALIDEZ DE PIEL O PIEL MOTEADA.- NO PUEDE MOVER ALGUNA PARTE DEL CUERPO.- NO COME Y VOMITA TODO LO QUE COME.- CONVULSIONA.- TIENE LESIONES EN LA PIEL – PETEQUIAS (LESIONES PUNTIFORMES DE COLOR ROJO/MORADO QUE NO DESAPARECEN)- DECAIMIENTO, SOMNOLENCIA, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONFUSIÓN, NO RESPONDE AL LLAMADO.

#### IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

Nombre reporte : HCRPHistoBase



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
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

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

Usuario protegido Estándar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

CUAL

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA? NO

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

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN DESCRITOS EN LA FORMULA MEDICA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. SE LE INDICA AL PACIENTE EL ESTADO NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EVOLUCION Y TRATAMIENTO, SE BRINDA INFORMACION ADECUADA SOBRE REPORTE DE EXAMENES Y70 PROCEDIMIENTOS.

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	PRIMERA INFANCIA 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	

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

ANTECEDENTES

Familiares	5/12/2022 10:15:59 a. m.	BISABUELA MATERNA HTA
Médicos	5/12/2022 10:15:59 a. m.	DETECION DE ALT DEL NIÑO DE 3 MESES CON JEFE
Inmunológicos	5/12/2022 10:15:59 a. m.	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD
Otros	5/12/2022 10:15:59 a. m.	LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA
Médicos	5/12/2022 10:16:00 a. m.	RGE?? PC GRANDE PARA LA EDAD
Médicos	12/12/2022 10:14:55 a. m.	ninguno

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

DIAGNOSTICOS		SE REALIZO PROCEDIMIENTO					
Código	Descripción Diagnóstico				Observaciones		Impo
Planifica	<input type="checkbox"/> F	Método:		FUP			
G	P	A	C	V	E	M	
T784	ALERGIA NO ESPECIFICADA						Ppal. <input checked="" type="checkbox"/> Folio

PROCEDIMIENTOS

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

FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
CLORFENIRAMINA 2MG/5ML JARABE	1 CC VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS	1

SOLICITUD DE EXAMENES

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

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

**INDICACIONES MEDICAS**

**Tipo**

**Detalle Indicación**

Salida

- SALIDA.
  - SE DA FORMULA MEDICA.
  - CITA CONTROL POR PEDIATRIA EN 10 DIAS.
  - SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.
  - SE LE EXPLCA A PADRE CONDUCTA Y CONDICION MEDICA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
  - Evitar contacto con otras personas enfermas o con gripe
  - Realizar adecuado lavado de manos con agua y jabón al niño y a los cuidadores, especialmente antes y después de ir al baño o cambiar el pañal y antes de cada
- SIGNOS DE ALARMA
- MORADO, TIENE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DEJA DE RESPIRAR. HUNDIMIENTO DE LA PIEL ENTRE LAS COSTILLAS, RESPIRA MUY RAPIDO
  - DECAIMIENTO O IRRITABILIDAD O LLANTO INCONSOLABLE QUE PERSISTE PESE A BAJAR LA TEMPERATURA Y SUS CUIDADORES HABITUALES NO PUEDAN CALMAR.
  - PALIDEZ DE PIEL O PIEL MOTEADA.
  - NO PUEDE MOVER ALGUNA PARTE DEL CUERPO.
  - NO COME Y VOMITA TODO LO QUE COME.
  - CONVULSIONA.
  - TIENE LESIONES EN LA PIEL – PETEQUIAS (LESIONES PUNTIFORMES DE COLOR ROJO/MORADO QUE NO DESAPARECEN)
  - DECAIMIENTO, SOMNOLENCIA, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONFUSIÓN, NO RESPONDE AL LLAMADO.

<b>Médico</b>	LEONARDO RODRIGUEZ ALONSO
<b>Identificación</b>	1012399125
<b>Registro Médico</b>	1012399125
<b>Especialidad</b>	MEDICINA GENERAL

**Firma:**