

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

Fecha Actual : jueves, 07 septiembre 2023  
1/122

FECHA DE FOLIO: 30/12/2022 9:12:31 a. m. N° FOLIO:1

**DATOS DEL PACIENTE:**

**N° HISTORIA CLINICA:** Registro civil-1141381252 Tipo\_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1141381252 **EDAD:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días  
**NOMBRE PACIENTE:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **FECHA DE NACIMIENTO:** 14/12/2022 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino  
**ESTADO CIVIL:** Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1  
**ENTIDAD:** **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado  
**DIRECCION:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **TELEFONO:** 32231787652 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**N° INGRESO:** 7980444 **FECHA DE INGRESO:** 30/12/2022 8:49:51 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** t **DIRECCION RESPONSABLE:** t **TELEFONO RESPONSABLE:** 12

**MOTIVO DE CONSULTA** ☐ CONTROL  
para control de edad. 16 días no manifiesta inquietudes

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Recien nacido llega con oxígeno por canula nasal a 1/16 saturación 93% no tos recibe alimento a base de leche materna tolera eandolo. no síntomas respiratorios. paciente con antecedentes de SFA no UCI no entibaron

**ANTECEDENTES**

**PATOLOGICOS:** sufrimiento fetal agudo  
**QUIRÚRGICOS:** NO REFIERE  
**TRANSFUSIONALES:** NO REFIERE  
**HOSPITALARIOS:** Kennedy  
**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"/>				
Polio	<input checked="" type="checkbox"/>				
DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	<input type="checkbox"/>				
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>				
Antihepatitis B	<input type="checkbox"/>				
SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y LA PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>				
Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/>				

**PARTO:** ☒ Vaginal ☐ Césarea **Peso al Nacer:** 3065 **Talla al Nacer:** 54  
**APGAR:** **Edad Gestacional:** ☒ Noción de contagio Tuberculosis ☐ Patología perinatal

Cuál:

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

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

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

**Exclusiva (meses):** **Riesgo nutricional:** Normal

Alimentación actual:

**Familiograma:** madre  
padre  
hermana 2

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

**Organos de los Sentidos** NO REFIERE  
**Gastrointestinal** niega vómito no rectorragias  
**Genito Urinario** NO REFIERE  
**Piel Faneras** NO REFIERE

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

**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  
 2/122

FECHA DE FOLIO: 30/12/2022 9:12:31 a. m. N° FOLIO:1

**EXAMEN FÍSICO**

Peso (gr): 3,60 Talla (cm): 53,00 Perimetro Cefálico (cm): 35 Perimetro Torácico (cm): Temperatura: 36.5 Tensión Arterial: 0,0000  
 Frecuencia Respiratoria: 40 Frecuencia Cardíaca: 140 Riesgo Nutricional: Normal Escala del Dolor:

**ESTADO GENERAL:**

Examen físico:

**Estado general:** buen estado en genral

**Examen Físico:** Cabeza, No malformaciones. fontanelas normales  
 Neurologico, No deficit  
 Otoscopias normales  
 Nariz : escasa rinorrea,  
 Faringe Boca, paladar intergro  
 Ojos. Normales  
 Cuello, No adenomegalias .  
 Torax, No soplos cardiacos, pulso perifericos normales  
 Asuscultacion pulmonar normal  
 Abdomen. No viceromegalias palpables, ombbligo normal  
 Mienbros: Normales  
 Piel, No lesiones  
 Genitales externos, Normales

**Paraclínicos**

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Médicos	30/12/2022	sfa	

**DIAGNÓSTICOS**

Código Nombre  
 Z762 CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS

Tipo Principal  
 Presuntivo True

Observaciones:

**ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**

**ANALISIS**

recién nacido con antecedente de sfa  
 paciente ecocardiograma  
 continuar destete del oxígeno  
 se fomenta la lactancia se le reeduca  
 medidas antireflujo  
 cuidado de la piel  
 control

**RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE**

**ESCALA YALE**

**RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE**

**ESCALA YIOS**

**ESCALA DE WESTLEY**



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]

**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

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

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO  
Cédula: 79150113  
Especialidad: PEDIATRIA

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

FECHA DE FOLIO: 30/12/2022 9:12:31 a. m. N° FOLIO:1

**DERECHOS**

**DEBERES**

**DEMANDA INDUCIDA**



---

Profesional: MOSOS POSADA GUILLERMO  
Cédula: 79150113  
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

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

Usuario: 1007463319



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

**DATOS DE FOLIO**

**Nº FOLIO:** 2 **FECHA DE APERTURA FOLIO:** 18/01/2023 8:55:22 a. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 18/01/2023 9:13:39 a. m.

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Tipo Doc:** RegistroCivíl **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 32231787652  
**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:** 8054223 **FECHA DE INGRESO:** 18/01/2023 8:37:25 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** A **DIRECCION RESPONSABLE:** A **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE13 - USS TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE13A10 - C. EXT MEDICINA GENERAL USS TINTAL  
**NOMBRE ACUDIENTE** **RESPONSABLE**  
**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** NO **TIPO DISCAPACIDAD**  
**EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD** NO

**MOTIVO DE CONSULTA**

PACIENTE QUIEN ES FACTURADA 40 MINUTOS TARDE" " ME DIERON ESTA CITA"

**ENFERMEDAD ACTUAL**

LACTANTE DE 1 MESES DE VIDA, FRUTO DE TERCERA GESTACIÓN, MADRE DE 29 AÑOS, STORCH NEGATIVO, CON ANTECEDENTE NO CLARO DE CARDIOPATIA, EGRESO CON OXIGENO CON DESTETE PROGRESIVO DE OXIGENO PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA , MADRE REFIERE VERLO BIEN, NIEGA FIEBRE, DIARREA, TOS, EMESIS, IRRITABILIDAD. ALIMENTACIÓN: ALIMENTACION SIMILAC 1 3 TETEROS AL DÍA, LACTANCIA MATERNA DEPOSICIONES: BLANDAS, SIN SANGRE NI MOCO EN FRECUENCIA # 5/DÍA. DIURESIS: DE CARACTERÍSTICAS NORMALES EN FRECUENCIA # 7/DÍA.VACUNAS: COMPLETASTAMIZAJE AUDITIVO DIFERIDO

**HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID -19** NO**Ha estado hospitalizado en el ultimo año****Observacion:****ANTECEDENTES**

Tipo: Médicos Fecha: 30/12/2022  
Detalle: sfa  
Tipo: Otros Fecha: 27/01/2023  
Detalle: RIESGO DE CAIDA  
Tipo: Otros Fecha: 29/01/2023  
Detalle: RIESGO DE CAIDA  
Tipo: Otros Fecha: 30/01/2023  
Detalle: RIESGO DE CAIDA  
Tipo: Otros Fecha: 30/01/2023  
Detalle: RIESGO DE CAIDAS  
Tipo: Médicos Fecha: 14/02/2023  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 14/02/2023  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Familiares Fecha: 14/02/2023  
Detalle: NO REFIERE  
Tipo: Tóxicos Fecha: 14/02/2023 Ninguno  
Detalle: NIEGA  
Tipo: Tóxicos Fecha: 14/02/2023 Ninguno  
Detalle: NIEGA

**REVISION POR SISTEMAS**☐ DISNEA

CONSUMO DE SODIO

☐ PARESTESIA☐ PRECOLDIALGIAGRASAS(FRITOS,EMBUTIDOS)  
CONSUMO AZUCAR☐ DISESTESIAS



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

☐ ORTOPNEA

☐ PALPITACIONES

☐ CEFALIA

☐ EPISTAXIS

☐ EDEMASEDEMAS

☐ CLASIFICACION DE MMII

☐ DISFUNCION ERECTIL

☐ ALTERACIONES MOTORAS

☐ ALTERACIONES DE LA VISION

CONSUME AZUCAR

☐ ACTIVIDAD FISICA

TIEMPO EN LA ACTIVIDAD

FRECUENCIA SEMANAL

☐ MAREOS

☐ ANSIDAD

☐ INSOMNIO

☐ TINNITUS

☐ PLENITUD POST - PRANDIAL

☐ DIARREA DE PREDOMINIO NOCTURNO

☐ POLIURIA

☐ DISURIA

☐ POLIDIPSI

☐ POLIFAGIA

☐ ULCERAS HERIDAS Y/O CALLOCIDADES EN PIES

☐ CAMBIOS NOTORIOS EN EL PESO

#### Otros:

**SINTOMATICO RESPIRATORIO**

**NO**

Tos Mayor de 15 Dias

Convive Con Tosedor

Tos Seca

Antecedentes de Baciloscopia

Examen de BK

#### **SINTOMATOCO DE PIEL**

**NO**

Mancha Hipocromica

Área Hipoanestesica:

Placas Eritematosas

Ulcera Redondeada con centro Granulomatoso Indoloro

#### EXÁMEN FISICO

Temperatura	36,0000	Frecuencia Respiratoria	25,00	Frecuencia Cardíaca	116	Tensión Arterial	1 / 1	Tensión Arterial Media	1,00	Perimetro Cefalico	37	GLASGOW: 4	/15
PESO: 3,5000	TALLA: 54,0000	Indice de masa Corporal	12,00	Saturacion de Oxigeno		Fraccion Inspirada de oxigeno		CONDICIONES:	BUENAS				
Escala del dolor numerica	0	Escala del dolor grafica											

#### OBSERVACIONES

#### SISTEMA

##### CABEZA Y CUELLO

ALERTA, EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. FONTANELA ANTERIOR ABIERTA, ISOCORIA NORMOREACTIVA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO ESTRABISMO, MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA, NO LESIONES EN CAVIDAD ORAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, NO PALPO MASAS NI ADENOMEGALIAS,

##### OTORRINOLARINGOLOGICO

##### CARDIO PULMONAR Y/O TORAX

TÓRAX SIMÉTRICO, CON ADECUADA EXPANSIBILIDAD, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO AUSCULTO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS PULMONARES,

##### GASTROINTESTINAL Y/O ABDOMEN

ABDOMEN BLANDO, NO ES DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, G/U GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS,

##### OSEOMUSCULAR Y/O EXTREMIDADES

EXTREMIDADES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, CADERAS ESTABLES,

##### GINECO Y/O URINARIO

##### PIEL Y FANERAS

PIEL SIN LESIONES

##### NEUROLOGICO

NEUROLÓGICO ALERTA, MOVILIZA LAS CUATRO EXTREMIDADES DE FORMA ESPONTÁNEA, NO MOVIMIENTOS ANORMALES DURANTE LA VALORACIÓN

#### OBSERVACIONES

#### LABORATORIOS Y PARACLINICOS

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

**ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO**

**ANÁLISIS**

LACTANTE DE 1 MESES EN COMPAÑÍA QUIEN CONSULTA A CRECIMIENTO Y DESARROLLO, AL EXAMEN FÍSICO SE VE BIEN, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, ANTROPOMETRÍA P/E 0.46, T/E 0.87, P/T -0.86, PC/E 0.97, DENTRO DE LÍMITES NORMALES CORREGIDO PARA LA EDA GESTACIONAL, TOLERA ADECUADAMENTE LA VÍA ORAL, DIURESIS POSITIVA ESPONTÁNEA. TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL REFERIDO NORMAL. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, CONTINUAR LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA, ESTIMULACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VACUNACIÓN. CONTROL CON ENFERMERÍA EN 1 MES EN CYD, SE SOLICITA VALUACIÓN POR PEDIATRÍA POR AC. EL FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS**

CARDIOPATÍA CONGENITA??

**ESCALA DE SUICIDIO**

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ÚLTIMO MES?	
VARÓN	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRASTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACIÓN	0,0000
CLASIFICACIÓN	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

False False False False

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

**PLAN DE MANEJO**

PLAN:

CONTROL EN CYD EN UN MES

SE RECUERDAN VACUNAS

SE DAN RECOMENDACIONES DE PAUTAS DE CRIANZA, ALIMENTACIONES Y ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO

**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)**

**NÚMERO DE PRESCRIPCIÓN (MIPRES)**

**RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA**

1.El paciente toma habitualmente medicamentos en la casa

NO

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

**PORQUE**

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



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

### HISTORIA CLÍNICA

### SUBREDSO CONSULTA EXTERNA

**EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION**  
**OBSERVACIONES**

#### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD
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

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
8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.
11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS
12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICIÓN DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLÍNICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES

#### DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

DEMANDA INDUCIDA		
RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	
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



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

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
R688	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS**

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	1	CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLO A LOS 2 MESES DE VIDA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	AC NO CLARO DE CARDIOPATIA CONGENITA

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación:

Profesional: LEON TORRES JULIAN DAVID  
Cédula: 1018484522  
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:** 1141381252 **FECHA DE FOLIO:** 18/01/2023 9:34:35 a. m. **N° FOLIO:** 3  
**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 3223177652  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

**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:** 8054188 **FECHA DE INGRESO:** 18/01/2023 8:34:43 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** A **DIRECCION RESPONSABLE:** A **TELEFONO RESPONSABLE:** 2  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE13 - USS TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE13A37 - MEDICINA GENERAL PYD USS TINTAL

DATOS DEL PACIENTE									
TIPO DE CONSULTA		INGRESO AL PROGRAMA							
MOTIVO DE CONSULTA									
PACIENTE QUIEN ES FACTURADA 40 MINUTOS TARDE" " ME DIERON ESTA CITA"									
LACTANTE DE 1 MESES DE VIDA, FRUTO DE TERCERA GESTACIÓN, MADRE DE 29 AÑOS, STORCH NEGATIVO, CON ANTECEDENTE NO CLARO DE CARDIOPATIA, EGRESO CON OXIGENO CON DESTETE PROGRESIVO DE OXIGENO PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, MADRE REFIERE VERLO BIEN, NIEGA FIEBRE, DIARREA, TOS, EMESIS, IRRITABILIDAD. ALIMENTACIÓN: ALIMENTACION SIMILAC 1 3 TETEOS AL DIA, LACTANCIA MATERNA DEPOSICIONES: BLANDAS, SIN SANGRE NI MOCO EN FRECUENCIA # 5/DÍA. DIURESIS: DE CARACTERÍSTICAS NORMALES EN FRECUENCIA # 7/DÍA. VACUNAS: COMPLETASTAMIZAJE AU DITIVO DIFERIDO									
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	>1500	<2500		TALLA AL NACER	54
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS	NO	CONTROL PRENATAL	SI	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	SI	PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA SI			
ANOMALIA CONGENITA MUTIPLE O MAYOR	NO	HOSPITALIZACION NEONATAL >7 DIAS	NO	EN UCI	NO	MAS DE 30 DIAS	NO		
OBSERVACIONES									
ANTECEDENTES PERSONALES									
MEDICOS	SI	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									
SFA, CARDIOPATIA???									
ANTECEDENTES FAMILIARES									
TUBERCULOSIS	NO	PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL	NO	QUIEN					
TRASTORNO MENTAL	NO	TRASTORNO MENTAL DE LOS PADRES	NO	MUERTE DE HERMANOS	NO	CONDUCTA SUICIDA	NO		
CONSUMO DE ALCOHOL, SUSTANCIAS SICOACTIVAS, CIGARRILLO	NO	VICTIMA DE VIOLENCIA	NO						
OBSERVACIONES									
LACTANCIA									
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	NO	DETALLE	POBRE CONSUMO DE AGUA						
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
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.		
APETITO	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		

HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA		
EL NIÑO DUERME SOLO	NO	CON QUIEN DUERME MADRE HORAS DE SUEÑO AL DIA 12,0000 HIGIENE BAÑO DIARIO SI
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO		SI CUALES:
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
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	NO	DETALL E: ESCOLARIZADO NO CURSO ACTUAL
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	PERTENENCIA A PANDILLAS DETALLE:	
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO	MATONEO	PROBLEMAS EN SOCIALIZACION
COMUNICACION EFECTIVA	IMAGEN CORPORAL CONFORME	LESIONES AUTOINFLINGIDAS
IDEACION SUICIDA	INTENTOS SUICIDAS	
OBSERVACIONES:		

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:	2	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:			

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION									
EDAD	RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES 2
TUBERCULOSIS (BCG)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								VACUNAS PENDIENTES
HEPATITIS B (HB)	<input checked="" type="checkbox"/> RN								
POLIO ORAL (VOP)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	OBSERVACIONES
POLIO INYECTABLE (VIP)		<input type="checkbox"/> 1	<input 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 type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3					
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)							<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	
ROTAVIRUS		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2						
NEUMOCOCO		<input type="checkbox"/> 1	<input 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 VITALES									
FC	116	FR	16	TA	0,0000	0,0000	TAM:	SAT. O2: %	PERIMETRO CEFALICO (Cm) 37
TEMP	36	TALLA	54	PESO ACTUAL (Kg)	4	IndiceMasaCorp:	14	PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)	

## CABEZA Y CUELLO

ALERTA, EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA  
 FONTANELA ANTERIOR ABIERTA, ISOCORIA NORMOREACTIVA, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, NO ESTRABISMO,  
 MUCOSA ORAL HÚMEDA Y ROSADA, NO LESIONES EN CAVIDAD ORAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, NO PALPO  
 MASAS NI ADENOMEGALIAS,

TÓRAX SIMÉTRICO, CON ADECUADA EXPANSIBILIDAD, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO AUSCULTO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS  
 PRESENTES SIN AGREGADOS PULMONARES,

ABDOMEN BLANDO, NO ES DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, G/U  
 GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS,

EXTREMIDADES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, CADERAS ESTABLES,

NEUROLÓGICO ALERTA, MOVILIZA LAS CUATRO EXTREMIDADES DE FORMA ESPONTÁNEA, NO MOVIMIENTOS ANORMALES DURANTE LA  
 VALORACIÓN

PIEL SIN LESIONES

#### VALORACION VISUAL

SIN ALTERACIONES

#### EXAMEN EXTERNO

#### Otorrinonaringológico

SIN ALTERACIONES

#### Cardio Pulmonar o Torax:

SIN ALTERACIONES

#### Gastrointestinal y/o abdomen:

SIN ALTERACIONES

#### Extremidades y/o osteomuscular:

SIN ALTERACIONES

#### Ginecológico y/o urinario:

SIN ALTERACIONES

#### ESTADIO TANNER

I

PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL NO

#### Piel y faneras:

SIN ALTERACIONES

#### Neurológico

SIN ALTERACIONES

#### CUESTIONARIO VALE

CALIFICACION Finalizada totalice las respuestas negativas y regístrelas a continuación

RANGO DE EDAD

CONDICIONES ESTRUCTURALES

ITEMS

NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS

Comprensión (C)

Expresión (E)

Interacción (I)

Vestibular (V)

TOTAL

CALIFICACION Finalizada: PASA?:

FALLA?:

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

MOTRICIDAD GRUESA		MOTRICIDAD FINA		AUDICION LENGUAJE		PERSONAL SOCIAL	
PUNTUACION DIRECTA	3	PUNTUACION DIRECTA	3	PUNTUACION DIRECTA	3	PUNTUACION DIRECTA	3
	ROJO		AMARILLO		ROJO		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

LACTANTE DE 1 MESES EN COMPAÑÍA QUIEN CONSULTA A CRECIMIENTO Y DESARROLLO, AL EXAMEN FÍSICO SE VE BIEN, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, ANTROPOMETRÍA P/E 0.46, T/E 0.87, P/T -0.86, PC/E 0.97, DENTRO DE LÍMITES NORMALES CORREGIDO PARA LA EDA GESTACIONAL, TOLERA ADECUADAMENTE LA VÍA ORAL, DIURESIS POSITIVA ESPONTÁNEA. TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL REFERIDO NORMAL. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, CONTINUAR LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA, ESTIMULACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VACUNACIÓN. CONTROL CON ENFERMERÍA EN 1 MES EN CYD, SE SOLICITA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA POR AC. EL FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PROXIMO CONTROL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA (2A3 MESES - 6 A 8 MESES - 9 A 11 MESES)		
<b>IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS</b>			
COLECHO NO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			
<b>PLAN DE MANEJO</b>			
SE SOLICITAN POTENCIALES EVOCADOS SE RECUERDAN VACUNAS SE DAN RECOMENDACIONES DE PAUTAS DE CRIANZA, ALIMENTACIONES Y ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO			
Paciente fue adherente al plan de cuidado de la consulta anterior.		NO APLICA	
<b>MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:</b>			
MAYOR DE 12 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS		MAYOR DE 24 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS	
<b>LABORATORIOS</b>			
SE ENCUENTRA DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 6 A 23 MESES:		MUJER QUE SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE 10 A 13 AÑOS	
<b>RECONCILIACION MEDICAMENTOSA</b>			
EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?			
CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?			
POR QUE			
REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA			
<b>IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS</b>			
1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD		SI	
2. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD			
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA			
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS			
5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD			
6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE			
7. CONSUME LICOR O FUMA			
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS			
<b>CONDUCTA PROFESIONAL</b>			
<b>LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE</b>			
<b>EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES</b>			
<b>EDUCACIÓN</b>			

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

Signos de alarma

Uso del carné infantil y se explican curvas de crecimiento

Lactancia materna

Alimentación complementaria

Alimentación perceptiva

Prevención de enfermedades prevalentes en la infancia

Pautas de crianza

Manejo de pataletas

Higiene (baño, lavado de manos)

Sueño seguro

Vacunación

Prácticas de amor y afecto

Actividades para estimular el desarrollo (motricidad gruesa, motricidad fina, audición y lenguaje, personal social)

Promover el juego, canto y la lectura.

Actividad física

Prevención de accidentes

Prevención de violencias

Manejo del tiempo libre

Cuidado bucal

Suministro de micronutrientes

Desparasitación

Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos

Promover participación del rol del padre

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES:

DERECHOS

DEBERES

#### DEMANDA INDUCIDA

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

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

Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
$> +3$	Obesidad	<input type="checkbox"/>
$> +2 \text{ a } \leq +3$	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
$> +1 \text{ a } \leq +2$	Riesgo de Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
$\geq -1 \text{ a } \leq +1$	Peso Adecuado para la Talla	<input checked="" type="checkbox"/>
$\geq -2 \text{ a } < -1$	Riesgo de Desnutrición Aguda	<input type="checkbox"/>
$< -2 \text{ a } \geq -3$	Desnutrición Aguda Moderada*	<input type="checkbox"/>
$< -3$	Desnutrición Aguda Severa*	<input type="checkbox"/>
$\geq -1$	Talla Adecuada para la Edad.	<input checked="" type="checkbox"/>
$\geq -2 \text{ a } < -1$	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"/>
$\geq -2 \text{ a } \leq 2$	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>
$< -2$	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>

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

Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación antropométrica	Calificación
$\geq -1$	Talla Adecuada para la Edad.	False
$\geq -2 \text{ a } < -1$	Riesgo de Retraso en Talla.	False
$< -2$	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	False
$> +2$	Obesidad	False
$> +1 \text{ a } \leq +2$	Sobrepeso	False
$\geq -1 \text{ a } \leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	False
$\geq -2 \text{ a } < -1$	Riesgo de Delgadez	False
$< -2$	Delgadez	False

ANTECEDENTES				
Tipo		Fecha	Observaciones	
Médicos		30/12/2022	sfa	
Otros		27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros		29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros		30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros		30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos		14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos		14/02/2023	NIEGA	
Familiares		14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos		14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos		14/02/2023	Ninguno	NIEGA

**DIAGNOSTICOS**

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

**EXAMENES SOLICITADOS**

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

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa  
Detalle Indicación:

Profesional: LEON TORRES JULIAN DAVID  
Cédula: 1018484522  
Tipo Medico: Medico\_General

Usuario: 1007463319  
Nombre reporte : HCRPHistoBase





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

DATOS DEL PACIENTE

1141381252

Nombre Paciente:

THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

Tipo Doc:

RegistroCívil

Identificación:

1141381252

Sexo:

Masculino

Fecha Nacimiento:

14/diciembre/2022

Edad Actual:

0 Años / 8 Meses / 23 Días

Estado Civil:

Soltero

Dirección:

CL 41A BIS SUR 81D 33

Teléfono:

32231787652

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:

8113862

FECHA DE INGRESO:

27/01/2023 4:20:29 p. m.

FINALIDAD CONSULTA:

No\_Aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad\_General

RESPONSABLE:

THIAGO RIVERA

DIRECCION RESPONSABLE:

CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33

RELIGION

CENTRO DE ATENCIÓN:

KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO:

KE11A26 - PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

TRIAGE:

987027

Fecha Triage:

27/01/2023 4:13:48 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 27/01/2023 16:33:35

Discapacidad NO

Telefono:

Tipo Discapacidad NINGUNA

Asintomático Respiratorio:

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL 27/01/2023 4:55:00 p. m. viernes, 27 de enero de 2023 4:38:00 p. m.

"ESTA CONGESTIONADO"  
PACIENTE MASCULINO DE 1 MES DE VIDA INGRESA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CONGESTIÓN NASAL, RINORREA HIALINA, NO TOS, NIEGA FIEBRE, DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, ACEPTA Y TOLERA LA VÍA ORAL, MANEJA EN CASA CON LAVADOS NAsALES, SIN MEJORÍA POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR.

ANTECEDENTES:  
PRODUCTO DE TERCERA GESTACIÓN PARTO VAGINAL A LAS 37.6 SEMANAS CON P: 3065GR T: 54CM, CPN SI, STORCH NEGATIVO, HX POR 9 DIAS POR TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, EGRESÓ CON OXÍGENO REQUIRIO DÚRANTE 15 DIAS.  
PAI COMPLETO PARA EDAD  
ALIMENTACIÓN MIXTA, FORMULA 3 ONZAS CADA 8 HORAS.  
PAT NIEGA  
QX: NIEGA  
T/A: NIEGA

REVISION POR SISTEMA

Organos de los Sentidos

CONGESTIÓN NASAL, RINORREA HIALINA

GastroIntestinal

NO REFIERE

Genito Urinario

NO REFIERE

Piel Faneras

NO REFIERE

Cardiopulmanar

NO REIFERE

Musculo Esqueletico

NO REFIERE

Neurologico

NO REFIERE

SIGNOS VITALES

ASPECTO GENERAL AL INGRESO

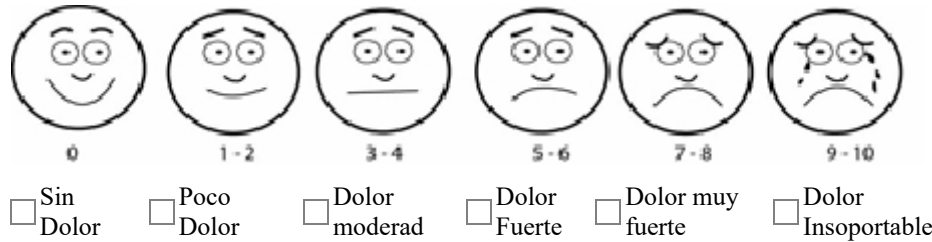
BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL ALERTA ACTIVO, LLANTO FUERTE, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES.

Frecuencia Respiratoria	40	Tension Arterai	FrecuenciaCardiaca	155	TALLA	56,0	PESO	4,6	GLASGOW
						000			
Temperatura	36.6	Fracción Inspirada de Oxigeno	21	Saturación	89				

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

SATURACION

89

**PROCEDIMIENTO****ESCALA DEL DOLOR****ANALISIS DEL DOLOR****CABEZA Y CUELLO**

NORMOCEFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, CONGESTIÓN NASAL, RINORREA HIALINA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO MASAS NO MEGALIAS

**CARDIOPULMONAR**

RSCSC RITMICOS NO SOPLOS RSRs CON ALGUNOS RONCUS OCASIONALES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RETRACCIONES SUBCOSTALES LEVES

**ABDOMEN**

RSIS PRESENTES BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NO MASAS NO MEGALIAS

**GENITOURINARIO**

GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS

**EXTREMIDADES**

SIMETRICAS PULSOS POSITIVOS NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 3SG NO CIANOSIS

**PIEL Y FANERAS**

HIDRATADAS Y NORMOCOLOREADAS

**NEUROLOGICO**

SIN DEFICIT, ALERTA ACTIVO LLANTIO FUERTE, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA

**ANALISIS DE LA INFORMACION**

PACIENTE MASCULINO DE 1 MES DE VIDA CON ANTECEDENTE DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN, REQUIRIÓ OXÍGENO POR 15 DÍAS AL NACER, INGRESA POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE CONGESTIÓN NASAL, RINORREA HIALINA, DURANTE EXÁMEN FÍSICO PRESENTA TOS OCASIONAL SECA NO EMETIZANTE NO CIANOSANTE, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE, CON SATO2 89-90% DESPIERTO, CON TOS Y CONGESTIÓN NASAL, RONCUS A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR, CONSIDERO CURSA CON CUADRO DE BRONQUIOLITIS AGUDA LEVE, INDICO HOSPITALIZAR PARA MANEJO MÉDICO VIGILANCIA CLÍNICA. EXPLICO A LA MADRE CLARAMENTE CONDUCTA, SOLICITO PANEL VIRAL, PCR COVID, RX DE TORAX. IDX: 1. BRONQUIOLITIS AGUDA LEVE 1.1 TRASTORNO DE OXIGENACIÓN SECUNDARIO 2. SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SARS COV23. PAI COMPLETO PARA EDAD 4. PESO ADECUADO PARA LA TALLA

**PLAN DE MANEJO**

HOSPITALIZAR POSICIÓN ANTIRREFLUJO AISLAMIENTO GOTAS Y CONTACTO OXÍGENO POR CN PARA SAT MAYOR DE 90% LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA + FORMULA 1, 2 ONZAS CADA 8 HORAS LAVADOS NAALES A NECESIDADES/S RX DE TORAX/S PANEL VIRAL Y PCR COVID VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO Y OXIMETRÍA SCVS-AC

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

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

Nombre reporte : HCRPHistoBase



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

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

CUAL

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA? NO

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

POR QUE

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN DESCRITOS EN LA FORMULA MEDICA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

DEMANDA INDUCIDA

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

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

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

ANTECEDENTES

Nombre reporte : HCRPHistoBase



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS-PEDIATRICAS

Médicos	30/12/2022 9:12:32 a. m.	sfa
Otros	27/01/2023 11:37:37 p. m.	RIESGO DE CAIDA
Otros	29/01/2023 10:31:42 p. m.	RIESGO DE CAIDA
Otros	30/01/2023 10:24:05 a. m.	RIESGO DE CAIDA
Otros	30/01/2023 2:49:50 p. m.	RIESGO DE CAIDAS
Médicos	14/02/2023 6:44:06 p. m.	NIEGA
Quirúrgicos	14/02/2023 6:44:06 p. m.	NIEGA
Familiares	14/02/2023 6:44:06 p. m.	NO REFIERE

Fumador

Fumadores en Casa

Sustancias

label98

Medida Fumador

Exposición al Humo

☐ F

☐ F

☐ F

Tiempo Fumador

Tiempo de Exposición

Medida Sustancias

☐ F

☐ F

☐ F

Medida Exfumador

Mascotas en Casa

Tiempo Sustancias

☐ f

☐ f

☐ f

Tiempo Exfumador

DIAGNOSTICOS		SE REALIZO PROCEDIMIENTO					
Código	Descripción Diagnóstico					Observaciones	Impo
Planifica	<input type="checkbox"/> F	Método:			FUP		
G	P	A	C	V	E	M	
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA						Ppal. <input checked="" type="checkbox"/>

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

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

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

Código	Descripción	Observaciones	Cant
871121	871121 - RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		1

**INDICACIONES MEDICAS**

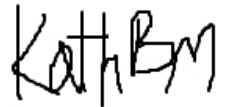
Tipo	Detalle Indicación	
COVID19	COVID19 - PANEL VIRAL RESPIRATORIO CENTINELA O (IRAGI + COVID19)	1

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo	Detalle Indicación
Hospitalizacion	HOSPITALIZAR POSICION ANTIRREFLUJO AISLAMIENTO GOTAS Y CONTACTO OXIGENO POR CN PARA SAT MAYOR DE 90% LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA + FORMULA 1, 2 ONZAS CADA 8 HORAS LAVADOS NAALES A NECESIDAD S/S RX DE TORAX S/S PANEL VIRAL Y PCR COVID VIGILAR PATRON RESPIRATORIO Y OXIMETRÍAS CSV-AC

<b>Médico</b>	KATHERINE BARRERA MOJICA
<b>Identificación</b>	1115851159
<b>Registro Médico</b>	1115851159
<b>Especialidad</b>	PEDIATRIA

Firma:



**SIVIGILA****SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila****Ficha de notificación individual****Datos básicos**

FOR-R02.0000-001 V:11 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información **LEY 1273/09 y 1266/09****1. INFORMACION GENERAL**

1.1 Código de la UPGD			
Razón social de la unidad primaria generadora del dato			
Departamento	Municipio	Código	Sub-Índice
1.2 Nombre del evento		Código de evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)
Infección respiratoria aguda grave - IRAG		348	

**2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

2.1 Tipo de documento		2.2 Número de identificación	
Registro Civil		1141381252	
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL			
2.3 Nombres y apellidos del paciente		2.4 Teléfono	
THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA		3223177652	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad	2.8 Sexo
14/12/2022 12:00:00 a. m.	0 Años / 1 Meses / 14 Días	1.Años	Masculino
2.10 País de ocurrencia del caso		2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	2.12 Área de ocurrencia del caso
COLOMBIA	Código	BOGOTA	1. Cabecera municipal
2.13 Localidad de ocurrencia del caso		2.14 Barrio de ocurrencia del caso	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso
KENNEDY	Código	SI	2.16 Vereda/zona
2.17 Ocupación del paciente	MENOR	2.18 Tipo de régimen en salud	2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios
2.20 Pertenencia étnica		CAPITAL SALUD	
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente		Otros grupos poblacionales	Semanas de Gestación

**3. NOTIFICACIÓN**

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente	País	Departamento	Municipio
3.3 Dirección de residencia		CALLE 41A BUS SUR NUM 81D-33		
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso	3.7 Hospitalizado	
27/01/2023 12:00:00 a. m.	24/01/2023 12:00:00 a. m.	2. Probable	SI	
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción	
	1. Vivo		0,0000	
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha	3.14 Teléfono		
	BARRERA MOJICA KATHERINE			

**4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES****4.1 Seguimiento y clasificación final del caso**

☐ 0. No aplica ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 6. Descartado ☐ D. Descartado por error de digitación  
☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. nexa epidemiológico ☐ 7. Otra actualización

**4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)** /  /



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 348. Infección respiratoria aguda grave - IRAG - inusitada

FOR-R02.0000-075 V:03 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACION CON DATOS BASICOS									
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID		C. Numero de Documento					
THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA		RegistroCivil		1141381252					
5. ¿POR QUÉ SE NOTIFICA EL CASO COMO IRAG INUSITADO?									
5.1 Seleccione una o varias de las siguientes opciones									
Caso probable o confirmado de IRAG por virus nuevo (COVID-19)									
5.1.1 ¿El viaje fue en el territorio Nacional?		5.1.1.1 ¿Dónde?		Codigo					
NO									
5.1.2 ¿El viaje fue Internacional?		5.1.2.1 ¿Dónde?		Codigo					
5.2 Recuerde que los casos de IRAG inusitado siempre deben tener tos y fiebre									
6. ANTECEDENTES VACUNALES									
6.1 Influenza estacional		6.1.1 Dosis							
NO		0,0000							
6.2 COVID-19		6.2.1 Dosis		6.2.2 Fecha Última dosis (dd/mm/aaaa)		6.2.3 Nombre de la vacuna			
NO		0,0000							
7. DATOS CLÍNICOS									
7.1 ¿Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?		7.1.1 Conteo de plaquetas		7.2 ¿Cuáles otros?					
8. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO									
8.1 Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?		8.2 ¿Usó antibiótico en la última semana?							
		No							
8.3 ¿Usó antivirales en la última semana?		8.3.1 Fecha de inicio de antiviral? (dd/mm/aaaa)							
8.4 Servicio en el que se hospitalizó		8.4.1 Fecha de ingreso a UCI (dd/mm/aaaa)							
8.5 Si hubo complicaciones, ¿Cuáles se presentaron									
9.DATOS DE LABORAORIO									
La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del módulo de laboratorios del aplicativo sivigila									
Tome 3 a 5 C.C. de sangre en tubo seco y una muestra para identificación viral ( hisopado nasofaríngeo, aspirado nasofaríngeo, aspirado bronquial )									
9.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)		Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)		Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Valor registrado
9.2 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)		Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)		Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Valor registrado
Marque así		1 - Sangre total   3 - Hisopado nasofaríngeo   4 - Tejido   8= Aspirado nasofaríngeo   9 = Lavado nasal  11 = Lavado broncoalveolar.   22. Lavado bronquial							
		Muestra							
		Prueba 4 - PCR   E1 Aislamiento viral   6- Otra   30 Patología   31 - Inmunohistoquímica   46 - Inhibición hemaglutinación   55. Cultivo   58 - Antigenemia   76 IFI   92. Hemocultivo							
		Agente 8. Otro   16. Adenovirus  18. Virus sincitial respiratorio   22- Haemophilus influenzae   24 - Streptococcus pneumoniae   40- Influenza A   41- Influenza B  42- Parainfluenza 1   43- Parainfluenza 2   44 - Parainfluenza 3   56. Enterovirus  59- Influenza A(H1N1) pdm09   64 - Influenza A no subtipificable   76 Bocavirus   77 Coronavirus   78 Metaneumovirus   79 Rinovirus   84 virus respiratorios  1Q Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)   1R Coronavirus subtipo 229e  1S Coronavirus subtipo HKU1   1T Coronavirus subtipo NL63   1U Coronavirus subtipo OC43   1V Influenza A(H3N2)   1W Parainfluenza tipo 4   2H. SARS-CoV-2							
		Resultado 1- Positivo   2- Negativo   3- No procesado   4- Inadecuado   6. Valor registrado   12 Contaminado con hongos   13. Muestra escasa de celulas							

Correos: sivigila@ins.gov.co



# REGISTRO PROCEDIMIENTOS MENORES POR ENFERMERIA

Codigo TRD 4.54FO604 Version 2

Folio: 8113862

Ingreso: 8113862

No Historia Clínica:	1141381252	Fecha de Registro:	27/01/2023 5:31:01 p. m.	Fecha de Ingreso:	27/01/2023 4:20:29 p. m.
Nombre del Paciente:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	Edad Actual:	0 Años / 8 Meses / 23 Días		
Fecha de Nacimiento:	14/12/2022	Nivel Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 1	Sexo:	Masculino
Entidad:	CAPITAL SALUD	Plan de Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023	Estado Civil:	Soltero
Dirección:	CL 41A BIS SUR 81D 33	Teléfono:	3223177652	Tipo Vinculación:	Subsidiado
		Lugar Residencia:	BOGOTA		

## DESCRIPCION Y MANEJO DE PROCEDIMIENTO

**MOTIVO DE CONSULTA:****TIPO DE PROCEDIMIENTO:****MEDICO QUE ORDENA EL PROCEDIMIENTO:****REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO:****DESCRIPCION:****RECOMENDACIONES**

INSUMOS	CANTIDAD	AUXILIAR

Hospitalizacion

**Médico** ANGELA PAOLA SANDINO  
RODRGUEZ**Identificación** 1010180353**Registro Médico** 1010180353**Especialidad** AUXILIAR ENFERMERIA**Firma:**

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





# REGISTRO PROCEDIMIENTOS MENORES POR ENFERMERIA

Codigo TRD 4.54FO604 Version 2

Folio: 8113862

Ingreso: 8113862

No Historia Clínica:	1141381252	Fecha de Registro:	27/01/2023 5:34:18 p. m.	Fecha de Ingreso:	27/01/2023 4:20:29 p. m.
Nombre del Paciente:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	Edad Actual:	0 Años / 8 Meses / 23 Días		
Fecha de Nacimiento:	14/12/2022	Nivel Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 1	Sexo:	Masculino
Entidad:	CAPITAL SALUD	Plan de Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023	Estado Civil:	Soltero
Dirección:	CL 41A BIS SUR 81D 33	Teléfono:	3223177652	Tipo Vinculación:	Subsidiado
		Lugar Residencia:	BOGOTA		

## DESCRIPCION Y MANEJO DE PROCEDIMIENTO

**MOTIVO DE CONSULTA:****TIPO DE PROCEDIMIENTO:****MEDICO QUE ORDENA EL PROCEDIMIENTO:****REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO:****DESCRIPCION:****RECOMENDACIONES**

INSUMOS	CANTIDAD	AUXILIAR

Hospitalizacion

**Médico** ANGELA PAOLA SANDINO  
RODRGUEZ**Identificación** 1010180353**Registro Médico** 1010180353**Especialidad** AUXILIAR ENFERMERIA**Firma:**

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**  
**HOJA DE EVOLUCION TERAPIA RESPIRATORIA**

**DATOS DEL PACIENTE**

Nº Historia Clínica:	1141381252	FECHA DE FOLIO:	27/01/2023 5:58:38 p. m.	Nº FOLIO:	8
Nombre Paciente:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	Identificación:	1141381252	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento:	14/diciembre/2022	Edad Actual:		Estado Civil:	Soltero
Dirección:	CL 41A BIS SUR 81D 33	Teléfono:	32231787652	Ocupación:	EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR
Procedencia:	BOGOTA				

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad:	CAPITAL SALUD	Régimen:	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023	Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 1

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

Nº INGRESO:	8113862	FECHA DE INGRESO:	27/01/2023 4:20:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	THIAGO RIVERA	DIRECCION RESPONSABLE:	CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33
CENTRO DE ATENCIÓN:	KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL	ÁREA DE SERVICIO:	KE11M07 - OTRAS TERAPIAS PATIO BONITO TINTAL
		TELÉFONO RESPONSABLE:	32231787652

**VALORACION INICIAL**

Fecha	27/01/2023	Hora	17:54
Estado de conciencia del paciente		Peso en gramos	
Peso en Kilogramos	0,0000	Conducta Inicial	Manejo Hospitalario
Diagnostico Medico /Nosología	J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		

**MOTIVO CONSULTA**

"ESTA CONGESTIONADO".  
INTERVENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA PARA TOMA DE MUESTRA DE PANEL VIRAL

**VALORACION CARDIORESPIRATORIA**

Estado General	Bueno		
Observaciones	PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, CON SOPORTE DE OXIGENO ADICIONAL, POR ORDEN MÉDICA SE REALIZA TOMA DE MUESTRA DE PANEL VIARL POR ASPIRADO NASOFARINGEO CON TECNICA ESTERIL. SE EXPLICA A MADRE CONDUCTAS QUIEN INDICA ENTENDER Y ACEPTAR.		
SopORTE de Oxígeno	Si	Cual	CANULA NASAL
Torax		Respiración	
Tos		Tipo de Tos	
Patron Respiratorio		Signos de dificultad respiratoria	
Auscultacion			
Otros			
Cuales			

**SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca	0,0000	Frecuencia Respiratoria	0,0000
Saturacion Oxígeno	0,0000	Fracción Inspirada de Oxígeno	0,0000
Tensión Arterial			
Estridor Laringeo		NO	

**IDENTIFICACION DE RIESGO CLINICOS**

RIESGO A CAÍDAS POR EDAD  
RIESGO A DETERIORO EN CONDICIÓN DE SALUD  
RIESGO A INFECCIONES RESPIRATORIAS

**OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

- Restablecer la funcion pulmonar
- Mejorar tolerancia al ejercicio
- Mejorar el intercambio Gaseoso
- Reducir el trabajo respiratorio
- Mejorar la Movilidad Toraxica.
- Permeabilizar la vía area
- Entrenar musculos respiratrorios
- Disminuir la resistencia a la vía área
- Facilitar la eliminación de secreciones
- Favorecer el drenaje Autogeno
- Replanteamiento de Objetivos
- Cual
- Otras

PLAN DE MANEJO			
Micronebulizaciones	No	Medicamento	
Dosis		Cantidad	0,0000
Tipo de Solucion Salina		Mililitro/Centimetro Cubico	
Total de Micronebulizaciones	0,0000	cada minutos	0,0000
Cual			
Puff	0,0000	Durante minutos	0,0000
Ciclos realizados	0,0000		

MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL			
Drenaje Postural	NO	Decubito	
Vibración		Percusión	
Aceleración Flujo		Lavado Nasal.	
Con cc de solución salina	0,0000	Maniobras de Tos.	
Incentivo respiratorio		Succión	
Volumen	0,0000	Litros	0,0000

VALORACION VENTILACION MECANICA			
Valoración Ventilación Mecanica	NO	Tubo endotraqueal	0,0000
Fijo en	0,0000	Traqueostomia	0,0000
Modo Ventilación			

VENTILACION CICLADA POR

Secreciones:

PARAMETROS

Fracción Inspirada de Oxigeno

Frecuencia Respiratoria

Presión Inspirada cm H2O

Presión Media cm H2O

Presión de Final de Espiración Positiva cm H2O

Relacion Inspiración: Expiración

Volumen Corriente mililitro

Volumen minimo litro

T. Inspiración Segundo

Plateau cm H2O

Sensibilidad por flujo

Sensibilidad por presión cm H2O

T. alto SG

T. bajo SEG

P.alta cm H2O

Presión Baja cm H2O

T. alta cm H2O

Oxido Nitrico (ppm)

Flujo L/m

Porcentaje de asistencia ventilatoria

Presion de soporte

Trabajo en Joules

Insumos Utilizados

tableCell395

tableCell396

EVENTOS ADVERSOS

Eventos Adversos

No

Fecha

Hora

DESCRIPCION DEL EVENTO

Notificación

EDUCACION EN SIGNOS DE ALARMA EN ENFERMEDAD RESPIRATORIA

Educación en signos de alarma en enfermedad respiratoria

Respuesta Signos Alarma

INSUMOS ENTREGADOS

Inhalador

No

inhalocamara

Kit Micronebulizadores

Folletos Educativos

☐ Ninguno

Paciente continua hospitalizado

Otros insumos utilizados

SONDA NELATON #5, JERINGA DE 10 CC, SSN,GUANTES

Cumplio Objetivos

SI

Finalizo sesiones

SI

Observaciones

Otra (Observación)

SE FINALIZA SESIÓN SIN PRESENTAR COMPLICACIONES, SE DEJA PACIENTE ESTABLE DENTRO DE CUADRO CLÍNICO. SE REALIZA ATENCIÓN CON IMPLEMENTOS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

Médicos

30/12/2022

sfa

Otros

27/01/2023

RIESGO DE CAIDA

Otros

29/01/2023

RIESGO DE CAIDA

Otros

30/01/2023

RIESGO DE CAIDA

Otros

30/01/2023

RIESGO DE CAIDAS

Médicos

14/02/2023

NIEGA

Quirúrgicos

14/02/2023

NIEGA

Familiares

14/02/2023

NO REFIERE

Tóxicos

14/02/2023

Ninguno

NIEGA

Tóxicos

14/02/2023

Ninguno

NIEGA

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación:

Hospitalizacion

Detalle Indicación:

---

Profesional:	PEÑALOZA VASQUEZ INGRID SHIRLEY
Cédula:	52520402
Tipo Medico:	Terapista

Usuario: 1007463319

Nombre reporte : HCRPHistoBase

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE  
HISTORIA CLÍNICA  
HOJA DE SOLICITUD DE PEDIDO

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141381252  
Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA  
Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual:  
Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33  
Procedencia: BOGOTA  
FECHA DE FOLIO: 27/01/2023 6:00:34 p. m. N° FOLIO: 9  
Identificación: 1141381252 Sexo: Masculino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 32231787652  
Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

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: 8113862  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica  
RESPONSABLE: THIAGO RIVERA  
CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL  
FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General  
DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE:32231787652  
ÁREA DE SERVICIO: KE11M07 - OTRAS TERAPIAS PATIO BONITO TINTAL

FECHA 27/01/2023 6:00:21  
p. m.

NOTA

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	30/12/2022	sfa
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS
Médicos	14/02/2023	NIEGA
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno NIEGA

PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
1	SONDA NELATON N 5	PARA TOMA DE MUESTRA PANEL VIRAL

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion  
Detalle Indicación:

Profesional: PEÑALOZA VASQUEZ INGRID SHIRLEY  
Cédula: 52520402  
Tipo Medico: Terapista

Usuario: 1007463319  
Nombre reporte : HCRPHistoBase



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

### PLAN DE ENFERMERIA

FECHA DE FOLIO: 27/01/2023 10:41:15 p. m. N° FOLIO: 10

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 32231787652  
**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:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL  
**NOMBRE ACUDIENTE** **TELEFONO ACUDIENTE** **RESPONSABLE**  
**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** **TIPO DISCAPACIDAD**

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

27/01/2023 10:00:00 p. m. Riesgo de asfixia R/C BRONQUIOLITIS  
27/01/2023 10:00:00 p. m. Riesgo de caídas R/C ENTORNO HOSPITALARIO  
27/01/2023 10:00:00 p. m. Riesgo de infección R/C DEFENSAS PRIMERIAS INADECUADAS/ EXPOSICION AMBIENTE HOSPITALARIO  
27/01/2023 10:00:00 p. m. Conducta desorganizada del lactante R/C ESTIMULOS EXTERNOS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

27/01/2023 10:00:00 p. m. R/C ANSIEDAD S/A HOSPITALIZACION Lactancia materna ineficaz

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

27/01/2023 10:00:00 p. m. Patrón respiratorio ineficaz R/C BRONQUIOLITIS  
27/01/2023 10:00:00 p. m. Deterioro de la respiración espontánea R/C REQUERIMIENTO DE OXIGENO

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO**

**Profesional:** JAIMES URBINA MARTHA CECILIA  
**Cédula:** 51961456  
**Tipo Medico:** Enfermera

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

## PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

## PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

## ACTIVIDADES

## Cuidados Generales por Servicio Clínico

- Asistir alimentación.
- Cambiar ropa de cama.
- Cambiar ropa de paciente.
- Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.
- Controlar frecuencia cardiaca.
- Controlar frecuencia respiratoria.
- Controlar saturación de oxígeno.
- Controlar signos vitales.
- Controlar temperatura corporal.
- Evaluar estado de mamas.
- Evaluar integridad cutánea.
- Realizar aseo nasal.
- Realizar higiene oral
- Supervisar lactancia.
- Verificar barandas en alto.
- Verificar timbre al alcance de la mano.
- Vigilar eliminación intestinal
- Vigilar eliminación urinaria.

## Necesidad de Nutrición

- Educación sobre lactancia materna.
- Educación sobre técnica de extracción manual de leche
- Estimular succión junto con alimentación.
- Supervisar alimentación.

## Sistema Cardiovascular

## Sistema Metabólico

## Sistema Gastrointestinal

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

## Sistema Inmunológico

Valorar signos de infección local

## Sistema Músculo Esquelético

## Sistema Neurológico

Profesional:	JAIMES URBINA MARTHA CECILIA
Cédula:	51961456
Tipo Medico:	Enfermera



Aplicar escala de Glasgow.  
Evaluar dolor.  
Evaluar riesgo de caídas.  
Solicitar cuidadora.

## Sistema Renal

## Sistema Respiratorio

Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: cambiar humidificador.  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.

## ANALISIS-PLAN

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

## CONDUCTA PROFESIONAL

### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION ACERCA DE DERECHOS Y DEBERES MANEJO DE RESIDUOS Y DESECHOS LAVADO DE MANOS USO DEL TAPABOCAS BARANDAS ARRIBA NORMAS INSTITUCIONALES  
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

RECONOCE DEBERES Y DERECHOS SI

## DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS
12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICIÓN DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLÍNICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO

## DEBERES

Profesional: JAIMES URBINA MARTHA CECILIA  
Cédula: 51961456  
Tipo Medico: Enfermera

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---

Profesional: JAIMES URBINA MARTHA CECILIA  
Cédula: 51961456  
Tipo Medico: Enfermera

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

### VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA

**DATOS DEL PACIENTE****Nº Historia Clínica:****Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:****Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33**Procedencia:** BOGOTA**FECHA DE FOLIO:** 27/01/2023 11:37:37 p. m. **Nº FOLIO:** 11**Identificación:** 1141381252**Sexo:** Masculino**Estado Civil:** Soltero**Teléfono:** 32231787652**Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR**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:** 8113862**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL**FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.**CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General**DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **TELEFONO RESPONSABLE:** 32231787652**ÁREA DE SERVICIO:** KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (MENOR DE 15 AÑOS)**

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

OTROS ANTECEDENTES	
NINGUNO	1,0000
HIPERACTIVIDAD	0,0000
PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	0,0000
SÍNDROME CONVULSIVO	0,0000
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL	0,0000
OTROS	0,0000

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

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

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

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

**ALERGIAS:** NO**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	1,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	
PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA	0,0000
PIEL MUY HÚMEDA	0,0000
PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA	3,0000
PIEL RARAMENTE HÚMEDA	0,0000

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

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

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

TOTAL PUNTOS	21,0000
--------------	---------

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

**NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN****FIRMA**

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
INDICACIONES MEDICAS			

Tipo Indicación: Hospitalización

Detalle Indicación:

Profesional: BACA ROJAS JULIAN ENRIQUE  
 Cédula: 80153621  
 Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase

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

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual:

Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33

Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 28/01/2023 9:55:32 a. m. N° FOLIO: 12

Identificación: 1141381252

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 32231787652

Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

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: 8113862

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

RESPONSABLE: THIAGO RIVERA

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE:32231787652

ÁREA DE SERVICIO: KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	2,0000
--------------	--------

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	0,0000
EN SILLA	2,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	25,0000
--------------	---------

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

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

FIRMA

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA

#### INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalización

Detalle Indicación: VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA

Hasbleydi Cediel

Profesional: CEDIEL CORTES HASBLEYDI PAOLA  
Cédula: 1023025260  
Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
Nombre reporte : HCRPHistoBase



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**  
**ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION HOSPITALIZACION**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nº Historia Clínica:** FECHA DE FOLIO: 28/01/2023 12:09:46 p. m. N° FOLIO: 13  
**Nombre Paciente:** RIVERA HEREDIA THIAGO DAMIAN **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 3223177652  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** CAPITAL SALUD **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**Nº INGRESO:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **TELEFONO RESPONSABLE:** 32231787652  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11A26 - PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

**NOMBRE ACUDIENTE:** RESPONSABLE **TELEFONO ACUDIENTE:**

**CONSULTA ASISTIDA:** False Médico Documento  
Inducida

**Hora inicial de atencion:**

**DIAGNOSTICO MEDICO:**

.BRONQUIOLITIS AGUDA  
.DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE

**SUBJETIVO**

MADRE REFIERE HOY TOS LEVE NO CIANOZANTE NI EMETIZANTE, RECIBE BIEN LECHE MATERNA, NO FIEBRE, DIURESIS +,

**SIGNOS VITALES**

<b>TEMPERATURA</b>	36,5000	<b>FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO</b>	0,5100	<b>SATURACION DE OXIGENO</b>	95,0000	<b>TENSION NARTERIA L</b>	1,0000 / 1,0000	<b>TENSION ARTERIAL MEDIA</b>	1,0000
<b>FRECUENCIA RESPIRATORIA</b>	30,000	<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	135,000	<b>TALLA (Centimetros)</b>	56,0000	<b>PESO ACTUAL (Kilogramos)</b>	4,6000	<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>	14,6700
								<b>GLASGOW</b>	

**OBJETIVO**

. RESPIRATORIO: FIO2 CN 0,5 LTS XMIN, SATURACION 93%, DISCRETOS RETRACCIONES SUBCOSTALES, AUSCULTACION PULMONAR MOVILIZACION DE SECRECIONES  
.HEMODINAMICO: FC NORMAL, RSCSRs NO SOPLOS, BIEN PERFUNDIDO  
.GI: ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO NI DISTENDIDO, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS  
.RENAL: LUCE HDIRATADO  
.INFECCIOSO: AFEBRIL BUEN SEMBLANTE  
.NEUROLÓGICO: ALERTA, REACTIVO AL MEDIO, FONATANELA ANTERIOR NORMOTENSA, NO SIGNOS DE IRRITACION MENNIGEA.

**RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS**

**ANALISIS**

PACIENTE EN SU PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION ,RX DE TORAX SIN EVIDENCIA DE NEUMONIA NI ATELECTASIAS, EN SU EVOLUCION TOS LEVE, NO FIEBRE, AL EXAMEN FISICO BAJO APOORTE DE O2 SUPLEMENTARIO, ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONE,S IMPRESIONA DISCRETAS RETRACCIONES SUBCOSTALES, RESTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, BUEN SEMBLANTE.

PLAN:

.SE CONTINUA MANEJO CON O2 SUPLEMENARIO X CN  
.CONTINUA EN OBSERVACION TENIENDO EN CUENTA GRUPO ETARIO Y QUE EL CUADRO HASTA ESTA INICIANDO.

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

**PLAN DE TRATAMIENTO**

HOSPITALIZAR  
O2 X CN PARA SAT MAYORA 90%  
LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA  
ASEO NASAL A NECESIDAD  
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO  
CSV-AC

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

**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

TIENE RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL O SUICIDIO

NO

CONDUCTA

PACIENTE NECESITA COMITE DE ÉTICA HOSPITALARIA

DESCRPCIÓN DEL DILEMA ÉTICO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).

NUMERO MIPRES.

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.

NO

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

POR QUE

CUAL.

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

EDUCACION

EDUCACION EN ALIMENTACION Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	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	

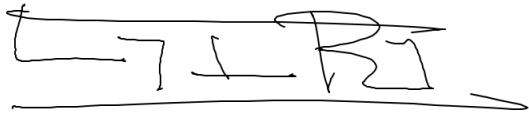
PRIMERA  
INFANCIA

DIAGNOSTICOS

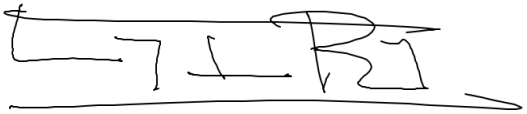
Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion  
Detalle Indicación: HOSPITALIZAR O2 X CN PARA SAT MAYORA 90% LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA ASEOS NASAL A NECESIDAD VIGILAR PATRON RESPIRATORIO CSV-AC



Nombre Medico: PAEZ GAITAN HERNAN FELIPE  
Registro: 79987620  
Especialidad: PEDIATRIA



Nombre Medico: HERNAN FELIPE PAEZ GAITAN  
Registro: 79987620  
Especialidad: PEDIATRIA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 28/01/2023 5:58:43 p. m. N° FOLIO: 14

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 32231787652  
**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:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL  
**NOMBRE ACUDIENTE** **RESPONSABLE**  
**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** **TIPO DISCAPACIDAD**

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

27/01/2023 10:00:00 p. m. Riesgo de asfixia R/C BRONQUIOLITIS  
28/01/2023 10:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EDAD MENOR DE 5 AÑOS, USO DE BARANDAS DE SEGURIDAD, CUIDADOR FRECUENTE,  
28/01/2023 10:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C DEFENSAS PRIMARIAS BAJAS R/C ESTANCIA HOSPITALARIA, USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS  
27/01/2023 10:00:00 p. m. Conducta desorganizada del lactante R/C ESTIMULOS EXTERNOS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

27/01/2023 10:00:00 p. m. R/C ANSIEDAD S/A HOSPITALIZACION Lactancia materna ineficaz

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

28/01/2023 10:00:00 a. m. Patrón respiratorio ineficaz R/C BRONQUIOLITIS M/P REQUERIMIENTO DE OXIGENO POR CANULA NASAL  
27/01/2023 10:00:00 p. m. Deterioro de la respiración espontánea R/C REQUERIMIENTO DE OXIGENO

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

**Profesional:** GUERRERO VARGAS LUZ YEIDI  
**Cédula:** 53076103  
**Tipo Medico:** Enfermera

**PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**ACTIVIDADES****Cuidados Generales por Servicio Clínico**

Asistir alimentación.  
Cambiar ropa de cama.  
Cambiar ropa de paciente.  
Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
Controlar frecuencia cardíaca.  
Controlar frecuencia respiratoria.  
Controlar saturación de oxígeno.  
Controlar signos vitales.  
Controlar temperatura corporal.  
Evaluar estado de mamas.  
Evaluar integridad cutánea.  
Realizar aseo nasal.  
Realizar higiene oral  
Supervisar lactancia.  
Verificar barandas en alto.  
Verificar timbre al alcance de la mano.  
Vigilar eliminación intestinal  
Vigilar eliminación urinaria.

**Necesidad de Nutrición**

Educación sobre lactancia materna.  
Educar sobre técnica de extracción manual de leche  
Estimular succión junto con alimentación.  
Supervisar alimentación.

**Sistema Cardiovascular****Sistema Metabólico****Sistema Gastrointestinal**

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

**Sistema Inmunológico**

Valorar signos de infección local

**Sistema Músculo Esquelético**

Profesional:	GUERRERO VARGAS LUZ YEIDI
Cédula:	53076103
Tipo Medico:	Enfermera

**Sistema Neurológico**

Aplicar escala de Glasgow.  
Evaluar dolor.  
Evaluar riesgo de caídas.  
Solicitar cuidadora.

**Sistema Renal****Sistema Respiratorio**

Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: cambiar humidificador.  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.

**ANALISIS-PLAN****IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS**

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

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

ME PRESENTO Y DOY BIENVENIDA AL SERVICIO, BRINDO CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES, PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION COMO: USO DE BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, HIGIENIZACION DE MANOS FRECUENTEMENTE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, USO DE TIMBRE PARA LLAMADO DE ENFERMERIA, RUTA DE EVACUACION EMERGENCIA, MANEJO DE DESECHOS INTRAHOSPITALARIOS, DOY PLAN DE MANEJO E INDICACIONES MEDICAS.

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES****EDUCACION**

RECONOCE DEBERES Y DERECHOS SI

**DERECHOS**

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

**OBSERVACIONES**

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS



Profesional: GUERRERO VARGAS LUZ YEIDI  
Cédula: 53076103  
Tipo Medico: Enfermera

12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---



---

Profesional: GUERRERO VARGAS LUZ YEIDI  
Cédula: 53076103  
Tipo Medico: Enfermera

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 29/01/2023 12:29:04 a. m. N° FOLIO: 15

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 32231787652  
**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:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Otra  
**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL  
**NOMBRE ACUDIENTE** **TELEFONO ACUDIENTE** **RESPONSABLE**  
**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** **TIPO DISCAPACIDAD**

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA  
29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EL NO USO CONSTANTE DE BARANDAS ELEVADAS  
29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EDAD DEL PACIENTE  
29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. R/C USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS. USO DE Deterioro de la integridad Cutánea  
CANULA NASAL, ACCESO VENOSO PERIFERICO

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. Patrón respiratorio ineficaz R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

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

## PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

## PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

### ACTIVIDADES

#### Cuidados Generales por Servicio Clínico

Bañar en cuna.  
 Bañar en tina  
 Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
 Controlar frecuencia cardiaca.  
 Controlar frecuencia respiratoria.  
 Controlar saturación de oxígeno.  
 Controlar signos vitales.  
 Evaluar integridad cutánea.  
 Realizar aseo nasal.  
 Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
 Supervisar lactancia.  
 Tomar exámenes.  
 Verificar barandas en alto.  
 Verificar timbre al alcance de la mano.  
 Vigilar eliminación intestinal  
 Vigilar eliminación urinaria.

#### Necesidad de Nutrición

Educación sobre lactancia materna.  
 Educación sobre técnica de extracción manual de leche  
 Estimular succión junto con alimentación.

#### Sistema Cardiovascular

Valorar alteraciones hemodinámicas.

#### Sistema Metabólico

Evitar ayuno prolongado.  
 Favorecer lactancia materna.

#### Sistema Gastrointestinal

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

#### Sistema Inmunológico

#### Sistema Músculo Esquelético

#### Sistema Neurológico

Estimular actividades cognitivas.  
 Evaluar dolor.  
 Evaluar riesgo de caídas.

Sofia Garcia A.

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

Retirar inmovilizadores  
Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.  
Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA PREVENCION DE CIADAS LLAMADO DE ENFERMERIA BARANDAS ELEVADAS  
NORMAS DEL SERVICIO  
DERECHOS Y DEBERES  
SEGREGACION DE RESIDUOS  
USO DE TAPABOCAS  
LAVADO DE MANOS  
RUTA DE EVACUACION  
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

### RECONOCE DEBERES Y DERECHOS

#### DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS

Sofia Garcia A.

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



12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---

Sofia Garcia A.

---

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



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**  
**ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION HOSPITALIZACION**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nº Historia Clínica:** FECHA DE FOLIO: 29/01/2023 6:16:25 a. m. N° FOLIO: 16  
**Nombre Paciente:** RIVERA HEREDIA THIAGO DAMIAN **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 3223177652  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** CAPITAL SALUD **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**Nº INGRESO:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **TELEFONO RESPONSABLE:** 32231787652  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE1105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

**NOMBRE ACUDIENTE:** RESPONSABLE TELEFONO ACUDIENTE:  
CONSULTA ASISTIDA: False Médico Documento  
Inducida

**Hora inicial de atencion:**

**DIAGNOSTICO MEDICO:**

.BRONQUIOLITIS AGUDA  
.DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE

**SUBJETIVO**

MADRE REFIERE HOY TOS LEVE NO CIANOSIZANTE NI EMETIZANTE, RECIBE BIEN LECHE MATERNA, NO FIEBRE, DIURESIS +, SE ORDENA BAJAR OXIGENO

**SIGNOS VITALES**

TEMPERATURA	36,7000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	0,5100	SATURACION DE OXIGENO	95,0000	TENSION ARTERIAL	108,0000 / 63,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	78,0000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	30,000	FRECUENCIA CARDIACA	126,000	TALLA (Centimetros)	56,0000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	4,6000	INDICE DE MASA CORPORAL	14,6700
GLASGOW									

**OBJETIVO**

. RESPIRATORIO: FIO2 CN 0,5 LTS XMIN, SATURACION 93%, DISCRETOS RETRACCIONES SUBCOSTALES, AUSCULTACION PULMONAR MOVILIZACION DE SECRECIONES  
.HEMODINAMICO: FC NORMAL, RSCSRS NO SOPLOS, BIEN PERFUNDIDO  
.GI: ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO NI DISTENDIDO, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS  
.RENAL: LUCE HDIRATADO  
.INFECCIOSO: AFEBRIL BUEN SEMBLANTE  
. NEUROLOGICO: ALERTA, REACTIVO AL MEDIO, FONATANELA ANTERIOR NORMOTENSA, NO SIGNOS DE IRRITACION MENNIGEA.

**RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS**

**ANALISIS**

PACIENTE EN SU PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION ,RX DE TORAX SIN EVIDENCIA DE NEUMONIA NI ATELECTASIAS, EN SU EVOLUCION TOS LEVE, NO FIEBRE, AL EXAMEN FISICO BAJO APOORTE DE O2 SUPLEMENTARIO, ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONE,S IMPRESIONA DISCRETAS RETRACCIONES SUBCOSTALES, RESTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, BUEN SEMBLANTE.

PLAN:  
.SE CONTINUA MANEJO CON O2 SUPLEMENARIO X CN  
.CONTINUA EN OBSERVACION TENIENDO EN CUENTA GRUPO ETARIO Y QUE EL CUADRO HASTA ESTA INICIANDO.

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

**PLAN DE TRATAMIENTO**

HOSPITALIZAR  
O2 X CN PARA SAT MAYORA 90%  
LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA  
ASEO NASAL A NECESIDAD  
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO  
CSV-AC

**IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS**

**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

TIENE RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL O SUICIDIO NO

CONDUCTA

PACIENTE NECESITA COMITE DE ÉTICA HOSPITALARIA

DESCRPCIÓN DEL DILEMA ÉTICO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).

NUMERO MIPRES.

#### RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.

NO

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

POR QUE

CUAL.

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

#### EDUCACION

EDUCACION EN ALIMENTACION Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

#### DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	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	

PRIMERA  
INFANCIA

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación					

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalizacion  
Detalle Indicación: HOSPITALIZAR02 X CN PARA SAT MAYORA 90%LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDAASEO NASAL A NECESIDADVIGILAR PATRON RESPIRATORIOCSV-AC

*Rojano*

*Rojano*

Nombre Medico: ROJANO DE AVILA ANTONIO JOAQUIN  
Registro: 17809329  
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre Medico: ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA  
Registro: 17809329  
Especialidad: PEDIATRIA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 29/01/2023 8:01:10 a. m. N° FOLIO: 17

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino

**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero

**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 32231787652

**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:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.

**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra

**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **RELIGION**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

**NOMBRE ACUDIENTE** **TELEFONO ACUDIENTE** **RESPONSABLE**

**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** **TIPO DISCAPACIDAD**

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA

29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EL NO USO CONSTANTE DE BARANDAS ELEVADAS

29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EDAD DEL PACIENTE

29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. R/C USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS. USO DE CANULA NASAL, ACCESO VENOSO PERIFERICO Deterioro de la integridad Cutánea

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. Patrón respiratorio ineficaz R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

**Profesional:** HURTADO LOZANO JUAN DANILO

**Cédula:** 79346965

**Tipo Medico:** Enfermera

**PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**ACTIVIDADES****Cuidados Generales por Servicio Clínico**

Bañar en cuna.  
Bañar en tina  
Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
Controlar frecuencia cardíaca.  
Controlar frecuencia respiratoria.  
Controlar saturación de oxígeno.  
Controlar signos vitales.  
Evaluar integridad cutánea.  
Realizar aseo nasal.  
Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
Supervisar lactancia.  
Tomar exámenes.  
Verificar barandas en alto.  
Verificar timbre al alcance de la mano.  
Vigilar eliminación intestinal  
Vigilar eliminación urinaria.

**Necesidad de Nutrición**

Educar sobre lactancia materna.  
Educar sobre técnica de extracción manual de leche  
Estimular succión junto con alimentación.

**Sistema Cardiovascular**

Valorar alteraciones hemodinámicas.

**Sistema Metabólico**

Evitar ayuno prolongado.  
Favorecer lactancia materna.

**Sistema Gastrointestinal**

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

**Sistema Inmunológico****Sistema Músculo Esquelético****Sistema Neurológico**

Estimular actividades cognitivas.  
Evaluar dolor.  
Evaluar riesgo de caídas.

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera

Retirar inmovilizadores

Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria

Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.

Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA PREVENCION DE CIADAS LLAMADO DE ENFERMERIA BARANDAS ELEVADAS

NORMAS DEL SERVICIO

DERECHOS Y DEBERES

SEGREGACION DE RESIDUOS

USO DE TAPABOCAS

LAVADO DE MANOS

RUTA DE EVACUACION

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

### RECONOCE DEBERES Y DERECHOS

#### DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS

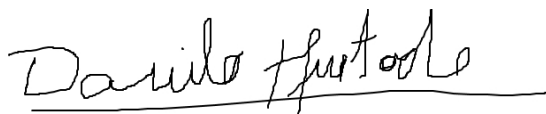
Profesional: HURTADO LOZANO JUAN DANILO  
Cédula: 79346965  
Tipo Medico: Enfermera

12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---



---

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA****DATOS DEL PACIENTE****Nº Historia Clínica:****Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:****Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33**Procedencia:** BOGOTA**FECHA DE FOLIO:** 29/01/2023 8:17:04 a. m. **Nº FOLIO:** 18**Identificación:** 1141381252**Sexo:** Masculino**Estado Civil:** Soltero**Teléfono:** 32231787652**Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR**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:** 8113862**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL**FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.**CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General**DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **TELEFONO RESPONSABLE:** 32231787652**ÁREA DE SERVICIO:** KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (MENOR DE 15 AÑOS)**

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

OTROS ANTECEDENTES	
NINGUNO	0,0000
HIPERACTIVIDAD	0,0000
PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	0,0000
SÍNDROME CONVULSIVO	0,0000
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL	0,0000
OTROS	1,0000

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

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

TOTAL PUNTOS	2,0000
--------------	--------

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

**ALERGIAS:** NO**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	2,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	25,0000
--------------	---------

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

**NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN****FIRMA**

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
INDICACIONES MEDICAS			

Tipo Indicación: Hospitalización

Detalle Indicación:



Profesional: MONROY GONZALEZ SANDRA YULIETH  
 Cédula: 1022946069  
 Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase



# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

### PLAN DE ENFERMERIA

FECHA DE FOLIO: 29/01/2023 9:39:47 p. m. N° FOLIO: 19

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 32231787652  
**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:** 8113862 **FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA **DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **RELIGION**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL **ÁREA DE SERVICIO:** KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL  
**NOMBRE ACUDIENTE** **TELEFONO ACUDIENTE** **RESPONSABLE**  
**NIVEL EDUCATIVO** **ETNIA** **DISCAPACIDAD** **TIPO DISCAPACIDAD**

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA  
29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EL NO USO CONSTANTE DE BARANDAS ELEVADAS  
29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de caídas R/C EDAD DEL PACIENTE  
29/01/2023 12:00:00 a. m. Riesgo de infección R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. R/C USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS. USO DE Deterioro de la integridad Cutánea  
CANULA NASAL, ACCESO VENOSO PERIFERICO

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m. Patrón respiratorio ineficaz R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

**Profesional:** JAIMES URBINA MARTHA CECILIA  
**Cédula:** 51961456  
**Tipo Medico:** Enfermera

## PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

## PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

### ACTIVIDADES

#### Cuidados Generales por Servicio Clínico

Bañar en cuna.  
 Bañar en tina  
 Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
 Controlar frecuencia cardiaca.  
 Controlar frecuencia respiratoria.  
 Controlar saturación de oxígeno.  
 Controlar signos vitales.  
 Evaluar integridad cutánea.  
 Realizar aseo nasal.  
 Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
 Supervisar lactancia.  
 Tomar exámenes.  
 Verificar barandas en alto.  
 Verificar timbre al alcance de la mano.  
 Vigilar eliminación intestinal  
 Vigilar eliminación urinaria.

#### Necesidad de Nutrición

Educación sobre lactancia materna.  
 Educar sobre técnica de extracción manual de leche  
 Estimular succión junto con alimentación.

#### Sistema Cardiovascular

Valorar alteraciones hemodinámicas.

#### Sistema Metabólico

Evitar ayuno prolongado.  
 Favorecer lactancia materna.

#### Sistema Gastrointestinal

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

#### Sistema Inmunológico

#### Sistema Músculo Esquelético

#### Sistema Neurológico

Estimular actividades cognitivas.  
 Evaluar dolor.  
 Evaluar riesgo de caídas.

---

Profesional:	JAIMES URBINA MARTHA CECILIA
Cédula:	51961456
Tipo Medico:	Enfermera

Retirar inmovilizadores  
Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.  
Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA PREVENCION DE CIADAS LLAMADO DE ENFERMERIA BARANDAS ELEVADAS  
NORMAS DEL SERVICIO  
DERECHOS Y DEBERES  
SEGREGACION DE RESIDUOS  
USO DE TAPABOCAS  
LAVADO DE MANOS  
RUTA DE EVACUACION  
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

### RECONOCE DEBERES Y DERECHOS

#### DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS

Profesional: JAIMES URBINA MARTHA CECILIA  
Cédula: 51961456  
Tipo Medico: Enfermera

12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

## DEBERES

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---

Profesional: JAIMES URBINA MARTHA CECILIA  
Cédula: 51961456  
Tipo Medico: Enfermera

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

## HISTORIA CLÍNICA

### VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA

**DATOS DEL PACIENTE**

Nº Historia Clínica:

Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual:

Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33

Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 29/01/2023 10:31:42 p. m. N° FOLIO: 20

Identificación: 1141381252

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 32231787652

Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

**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: 8113862

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

RESPONSABLE: THIAGO RIVERA

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE:32231787652

ÁREA DE SERVICIO: KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

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

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

OTROS ANTECEDENTES	
NINGUNO	0,0000
HIPERACTIVIDAD	0,0000
PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	0,0000
SÍNDROME CONVULSIVO	0,0000
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL	0,0000
OTROS	1,0000

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

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

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

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

ALERGIAS: NO

**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	2,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	23,0000
--------------	---------

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

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

FIRMA

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
INDICACIONES MEDICAS			

Tipo Indicación: Hospitalización

Detalle Indicación:

Profesional: BACA ROJAS JULIAN ENRIQUE  
 Cédula: 80153621  
 Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 30/01/2023 7:54:12 a. m. N° FOLIO: 21

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

<b>Nombre Paciente:</b>	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	<b>Tipo Doc:</b>	RegistroCivíl	<b>Identificación:</b>	1141381252	<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	14/diciembre/2022	<b>Edad Actual:</b>	0 Años / 8 Meses / 23 Días	<b>Estado Civil:</b>	Soltero		
<b>Dirección:</b>	CL 41A BIS SUR 81D 33	<b>Ocupación:</b>		<b>Teléfono:</b>	32231787652		
<b>Procedencia:</b>	BOGOTA			<b>Régimen:</b>	Regimen_Simplificado		
<b>Entidad:</b>	CAPITAL SALUD			<b>Nivel - Estrato:</b>	SUBSIDIADO NIVEL 1		
<b>Plan Beneficios:</b>	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023						

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

<b>N° INGRESO:</b>	8113862	<b>FECHA DE INGRESO:</b>	27/01/2023 4:20:29 p. m.
<b>FINALIDAD CONSULTA:</b>	Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo	<b>CAUSA EXTERNA:</b>	Otra
<b>RESPONSABLE:</b>	THIAGO RIVERA	<b>DIRECCION RESPONSABLE:</b>	CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33
<b>CENTRO DE ATENCIÓN:</b>	KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL	<b>RELIGION</b>	
<b>NOMBRE ACUDIENTE</b>		<b>ÁREA DE SERVICIO:</b>	KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		<b>TELEFONO ACUDIENTE</b>	
		<b>RESPONSABLE</b>	
		<b>ETNIA</b>	
		<b>DISCAPACIDAD</b>	
		<b>TIPO DISCAPACIDAD</b>	

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de infección	R/C ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA
29/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de caídas	R/C EL NO USO CONSTANTE DE BARANDAS ELEVADAS
29/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de caídas	R/C EDAD DEL PACIENTE
29/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de infección	R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m.	R/C USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS. USO DE CANULA NASAL, ACCESO VENOSO PERIFERICO	Deterioro de la integridad Cutánea
---------------------------	--	------------------------------------

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

29/01/2023 12:00:00 a. m.	Patrón respiratorio ineficaz	R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA
---------------------------	------------------------------	---

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera

**PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**ACTIVIDADES****Cuidados Generales por Servicio Clínico**

Bañar en cuna.  
Bañar en tina  
Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
Controlar frecuencia cardíaca.  
Controlar frecuencia respiratoria.  
Controlar saturación de oxígeno.  
Controlar signos vitales.  
Evaluar integridad cutánea.  
Realizar aseo nasal.  
Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
Supervisar lactancia.  
Tomar exámenes.  
Verificar barandas en alto.  
Verificar timbre al alcance de la mano.  
Vigilar eliminación intestinal  
Vigilar eliminación urinaria.

**Necesidad de Nutrición**

Educación sobre lactancia materna.  
Educar sobre técnica de extracción manual de leche  
Estimular succión junto con alimentación.

**Sistema Cardiovascular**

Valorar alteraciones hemodinámicas.

**Sistema Metabólico**

Evitar ayuno prolongado.  
Favorecer lactancia materna.

**Sistema Gastrointestinal**

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

**Sistema Inmunológico****Sistema Músculo Esquelético****Sistema Neurológico**

Estimular actividades cognitivas.  
Evaluar dolor.  
Evaluar riesgo de caídas.

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera

Retirar inmovilizadores  
Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.  
Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA PREVENCION DE CIADAS LLAMADO DE ENFERMERIA BARANDAS ELEVADAS  
NORMAS DEL SERVICIO  
DERECHOS Y DEBERES  
SEGREGACION DE RESIDUOS  
USO DE TAPABOCAS  
LAVADO DE MANOS  
RUTA DE EVACUACION  
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

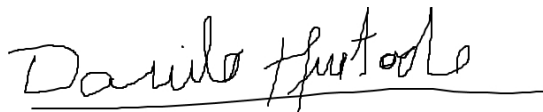
### RECONOCE DEBERES Y DERECHOS

#### DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS



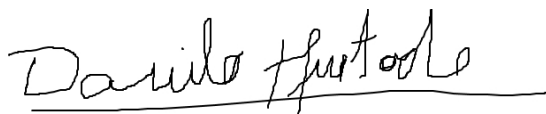
Profesional: HURTADO LOZANO JUAN DANILO  
Cédula: 79346965  
Tipo Medico: Enfermera

12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---



---

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE  
HISTORIA CLÍNICA

## VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA

## DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica:

Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual:

Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33

Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 30/01/2023 10:24:05 a. m. N° FOLIO: 22

Identificación: 1141381252

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 32231787652

Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

## 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: 8113862

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

RESPONSABLE: THIAGO RIVERA

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE:32231787652

ÁREA DE SERVICIO: KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	2,0000
--------------	--------

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

ALERGIAS: NO

## IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	1,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	
PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA	0,0000
PIEL MUY HÚMEDA	2,0000
PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA	0,0000
PIEL RARAMENTE HÚMEDA	0,0000

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

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

PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	
MUY COMPROMETIDA	0,0000
COMPROMETIDA	2,0000
ADECUADA	0,0000
EXCELENTE	0,0000

TOTAL PUNTOS	19,0000
--------------	---------

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

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

FIRMA

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
INDICACIONES MEDICAS			

Tipo Indicación: Hospitalización  
 Detalle Indicación: RIESGO DE CAIDA

Fernanda Morales

Profesional: MORALES LOZANO MARIA FERNANDA  
 Cédula: 1007166318  
 Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

## ESE

## HISTORIA CLÍNICA

## EVOLUCION HOSPITALIZACION

## DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 30/01/2023 12:01:28 p. m. N° FOLIO: 23

Nombre Paciente: RIVERA HEREDIA THIAGO DAMIAN

Identificación: 1141381252

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual: 0 Años / 8 Meses / 23 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33

Teléfono: 3223177652

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

## DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITAL SALUD

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8113862

FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

RESPONSABLE: THIAGO RIVERA

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE: 32231787652

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO: KE1105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

## NOMBRE ACUDIENTE:

## RESPONSABLE

## TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

## Hora inicial de atencion:

## DIAGNOSTICO MEDICO:

HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCIÓN SERVICIO DE PEDIATRÍA

\*\*\*\*\*

PACIENTE LACTANTE DE UN 1 MES 17 DIAS CON DIAGNÓSTICOS DE:

BRONQUIOLITIS AGUDA LEVE

DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE RESUELTA

ADECUADA PROGRESION D EPESO

## SUBJETIVO

MADRE REFIERE HOY TOS MUY OCASIONAL, NO CIANOSANTE NI EMETIZANTE, RECIBE BIEN LECHE MATERNA, NO FIEBRE, DIURESIS +, DEPOSICIONES NORMALES,

## SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	36,1000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	1,4000	SATURACION DE OXIGENO	95,0000	TENSION NARTERIA L	100,0000 / 41,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	60,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	36,000	FRECUENCIA CARDIACA	156,000	TALLA (Centimetros)	56,0000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	4,6000	INDICE DE MASA CORPORAL	14,6700
GLASGOW									

## OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, HIDRATADO, AFEBRIL NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOS ORAL HUMEDA, TORAX NORMOCONFIGURADO, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SE EVIDENCIAN SOPLOS, A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREALERAGDOS

INSPECCIÓN ABDOMINAL NORMAL NO SE EVIDENCIA DISTENSIÓN O SIGNOS DE IRITACIÓN PERITONEAL A LA PALPACIÓN

EXTREMIDADES NORMCONFIGURADAS Y EUTRÓFICAS,

PACIENTE ALERTA, REACTIVO AL MEDIO, FONATANELA ANTERIOR NORMOTENSA, NO SIGNOS DE IRRITACION MENNIGEA

## RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RX TORAX 26/01/23 ROTADA, SIN CONSOLIDACIOENS NI ATLECETASIAS

PENDIENTE PANEL VIRAL

## ANALISIS

PACIENTE DE 1 MES 17 DIAS DE EDAD, HOSPITALIZADO BAJO CONTEXTO DE BRONQUIOLITIS LEVE, CUENTA CON RX DE TORAX DE INGRESO NORMAL

EN EL MOMENTO ESTABLE HEMDOISINAMICAMENTE, SIN DETREIROO CLINCIO NI INFECCIOSO, SIN SIRS, NO FIEBRE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, APORTE DE O2 SUPLEMENTARIO BAJO FLUJO, SIN BRONCOOBSTRUCCION

SE CONSIDERQA EVOLUCION CLINICA SATISFACTORA, SE INCIIA DESTETE DE XOIGENO A TOLERANCIA, SE EXPLICA A LA MADER

PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN NO APLICA

SALE CON CITA DE CPN

NO APLICA

## PLAN DE TRATAMIENTO

HOSPITALIZAR

O2 X CN PARA SAT MAYOR A 90% \*\*DESTETE\*\*

LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA

ASEO NASAL A NECESIDAD

VIGILAR PATRON RESPIRATORIO

CSV-AC

## IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

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

TIENE RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL O SUICIDIO

NO

CONDUCTA

DESCRPCIÓN DEL DILEMA ÉTICO

PACIENTE NECESITA COMITE DE ÉTICA HOSPITALARIA

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).

NUMERO MIPRES.

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.

NO

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

POR QUE

CUAL.

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

EDUCACION

EDUCACION EN ALIMENTACION Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

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	
PRIMERA INFANCIA		

DIAGNOSTICOS			
Código	Nombre	Tipo	Principal Dx Ingreso Dx Egreso
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observación			

INDICACIONES MEDICAS	
Tipo Indicación:	Hospitalizacion
Detalle Indicación:	HOSPITALIZAR02 X CN PARA SAT MAYOR A 90% **DESTETE**LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDAASEO NASAL A NECESIDADVIGILAR PATRON RESPIRATORIOCSV-AC

Maria Claudia Cabra C.

Maria Claudia Cabra C.

Nombre Medico: CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA

Registro: 53107024

Especialidad: PEDIATRIA PERINATAL Y NEONATOLOGIA

Nombre Medico: MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO

Registro: 53107024

Especialidad: PEDIATRIA PERINATAL Y NEONATOLOGIA

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA****DATOS DEL PACIENTE****Nº Historia Clínica:****Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:****Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33**Procedencia:** BOGOTA**FECHA DE FOLIO:** 30/01/2023 2:49:50 p. m. **Nº FOLIO:** 24**Identificación:** 1141381252**Sexo:** Masculino**Estado Civil:** Soltero**Teléfono:** 32231787652**Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR**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:** 8113862**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica**RESPONSABLE:** THIAGO RIVERA**CENTRO DE ATENCIÓN:** KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL**FECHA DE INGRESO:** 27/01/2023 4:20:29 p. m.**CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General**DIRECCION RESPONSABLE:** CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 **TELEFONO RESPONSABLE:** 32231787652**ÁREA DE SERVICIO:** KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS PARA PACIENTE PEDIÁTRICO (MENOR DE 15 AÑOS)**

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

OTROS ANTECEDENTES	
NINGUNO	0,0000
HIPERACTIVIDAD	0,0000
PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	0,0000
SÍNDROME CONVULSIVO	0,0000
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL	0,0000
OTROS	1,0000

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

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

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

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

**ALERGIAS:** NO**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	1,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	24,0000
--------------	---------

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

**NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN****FIRMA**

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
INDICACIONES MEDICAS			

Tipo Indicación: Hospitalización

Detalle Indicación:

Jovanna Lucia Rodriguez

Profesional: RODRIGUEZ ARANGO JOVANNA LUCIA  
 Cédula: 52371637  
 Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 30/01/2023 3:27:19 p. m. N° FOLIO: 25

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

<b>Nombre Paciente:</b>	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	<b>Tipo Doc:</b>	RegistroCivíl	<b>Identificación:</b>	1141381252	<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	14/diciembre/2022	<b>Edad Actual:</b>	0 Años / 8 Meses / 23 Días	<b>Estado Civil:</b>	Soltero		
<b>Dirección:</b>	CL 41A BIS SUR 81D 33	<b>Ocupación:</b>		<b>Teléfono:</b>	32231787652		
<b>Procedencia:</b>	BOGOTA			<b>Régimen:</b>	Regimen_Simplificado		
<b>Entidad:</b>	CAPITAL SALUD			<b>Nivel - Estrato:</b>	SUBSIDIADO NIVEL 1		
<b>Plan Beneficios:</b>	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023						

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

<b>N° INGRESO:</b>	8113862	<b>FECHA DE INGRESO:</b>	27/01/2023 4:20:29 p. m.
<b>FINALIDAD CONSULTA:</b>	No_Aplica	<b>CAUSA EXTERNA:</b>	Otra
<b>RESPONSABLE:</b>	THIAGO RIVERA	<b>DIRECCION RESPONSABLE:</b>	CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33
<b>CENTRO DE ATENCIÓN:</b>	KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL	<b>RELIGION</b>	
<b>NOMBRE ACUDIENTE</b>		<b>ÁREA DE SERVICIO:</b>	KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		<b>TELEFONO ACUDIENTE</b>	
		<b>ETNIA</b>	
		<b>DISCAPACIDAD</b>	
		<b>RESPONSABLE</b>	
		<b>TIPO DISCAPACIDAD</b>	

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO**

30/01/2023 2:00:00 p. m. Riesgo de infección

30/01/2023 2:00:00 p. m. Riesgo de caídas

**DESCRIPCION**

R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS, EXPOSICION AMBIENTAL A AGENTES PATOGENOS, GRUPO ETAREO MENOR DE 5 AÑOS, USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS M/P ENTORNO HOSPITALARIO, EDAD DE PTE, USO DE CANULA NASAL  
R/C ENTORNO HOSPITALARIO DESCONOCIDO, RESTRICCION AMBIENTAL POR DM, GRUPO ETAREO MENOR DE 5 AÑOS, USO INTERMITENTE DE BARANDAS DE SEGURIDAD

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO**

30/01/2023 2:00:00 p. m. R/C RIESGO DE PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DE LA PIEL M/P USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS (CANULA NASAL) Deterioro de la integridad Cutánea

**DESCRIPCION****PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO**

30/01/2023 2:00:00 p. m. Patrón respiratorio ineficaz

**DESCRIPCION**

R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA, REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

Profesional: BARRETO URREGO LESLY MARCELA  
Cédula: 52904569  
Tipo Medico: Enfermera

30/01/2023 2:00:00 p. m.

Aislamiento social

R/C ESTANCIA HOSPITALARIA, DIAGNOSTICO ACTUAL M/P USUARIO PROTEGIDO POR  
SOSPECHA DE SARS COV2

## PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES

FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO

DESCRIPCION

## PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO

DESCRIPCION

### ACTIVIDADES

#### Cuidados Generales por Servicio Clínico

Bañar en tina  
Cambiar ropa de cama.  
Cambiar ropa de paciente.  
Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
Controlar frecuencia cardíaca.  
Controlar frecuencia respiratoria.  
Controlar saturación de oxígeno.  
Controlar signos vitales.  
Controlar temperatura corporal.  
Evaluar integridad cutánea.  
Realizar aseo nasal.  
Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
Supervisar lactancia.  
Verificar barandas en alto.  
Verificar timbre al alcance de la mano.

#### Necesidad de Nutrición

Educación sobre lactancia materna.  
Educar sobre técnica de extracción manual de leche  
Estimular succión junto con alimentación.  
Supervisar alimentación.

#### Sistema Cardiovascular

Valorar alteraciones hemodinámicas.

#### Sistema Metabólico

Evitar ayuno prolongado.  
Favorecer lactancia materna.

#### Sistema Gastrointestinal

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

#### Sistema Inmunológico

Aplicar medidas físicas de acuerdo a fase de curva de temperatura.  
Curación de dispositivos y accesorios  
Valorar signos de infección local

#### Sistema Músculo Esquelético

#### Sistema Neurológico

Evaluar riesgo de caídas.

lesly Barreto

Profesional: BARRETO URREGO LESLY MARCELA  
Cédula: 52904569  
Tipo Medico: Enfermera

Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria

Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.

Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE:

- DEBER Y DERECHO DEL PACIENTE DE LA SEMANA
- HABITOS SALUDABLES, HIGIENE PERSONAL Y DE LA UNIDAD
- MANUAL DE BIENVENIDA DE PACIENTE HOSPITALIZADO
- SEGURIDAD DE PACIENTE: USO DE MANILLA DE IDENTIFICACIÓN CON LOS 4 INEQUÍVOCOS, USO DE BARANDAS ELEVADAS, MANEJO DE LLAMADO DE ENFERMERÍA (TIMBRE)
- RUTA DE EVACUACIÓN
- MANEJO Y ADECUADA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS
- USO ADECUADO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS PARA AISLAMIENTO
- RUTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD
- LACTANCIA MATERNA, TECNICA DE EXTRACCION Y CONSERVACION
- TECNICA DE AMAMANTAMIENTO Y BENEFICIOS LACTANCIA MATERNA
- INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

RECONOCE DEBERES Y DERECHOS SI

### DERECHOS

lesly Barreto

Profesional: BARRETO URREGO LESLY MARCELA  
Cédula: 52904569  
Tipo Medico: Enfermera

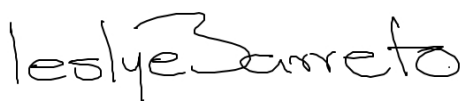
1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.
2. CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y LOS COSTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN QUE OBTENDRÉ
3. CONOCER LOS ESCENARIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CÓMO ACCEDER A LOS MECANISMOS DE ESCUCHA.
4. ELEGIR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD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

**OBSERVACIONES**

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS
12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICIÓN DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLÍNICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD



Profesional: BARRETO URREGO LESLY MARCELA  
Cédula: 52904569  
Tipo Medico: Enfermera

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 30/01/2023 8:59:28 p. m. N° FOLIO: 26

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

<b>Nombre Paciente:</b>	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	<b>Tipo Doc:</b>	RegistroCivíl	<b>Identificación:</b>	1141381252	<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	14/diciembre/2022	<b>Edad Actual:</b>	0 Años / 8 Meses / 23 Días	<b>Estado Civil:</b>	Soltero		
<b>Dirección:</b>	CL 41A BIS SUR 81D 33	<b>Ocupación:</b>		<b>Teléfono:</b>	32231787652		
<b>Procedencia:</b>	BOGOTA			<b>Régimen:</b>	Regimen_Simplificado		
<b>Entidad:</b>	CAPITAL SALUD			<b>Nivel - Estrato:</b>	SUBSIDIADO NIVEL 1		
<b>Plan Beneficios:</b>	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023						

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

<b>N° INGRESO:</b>	8113862	<b>FECHA DE INGRESO:</b>	27/01/2023 4:20:29 p. m.
<b>FINALIDAD CONSULTA:</b>	No_Aplica	<b>CAUSA EXTERNA:</b>	Otra
<b>RESPONSABLE:</b>	THIAGO RIVERA	<b>DIRECCION RESPONSABLE:</b>	CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33
<b>CENTRO DE ATENCIÓN:</b>	KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL	<b>RELIGION</b>	
<b>NOMBRE ACUDIENTE</b>		<b>ÁREA DE SERVICIO:</b>	KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		<b>TELEFONO ACUDIENTE</b>	
		<b>RESPONSABLE</b>	
		<b>ETNIA</b>	
		<b>DISCAPACIDAD</b>	
		<b>TIPO DISCAPACIDAD</b>	

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de infección	R/C ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA
30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de caídas	R/C EL NO USO CONSTANTE DE BARANDAS ELEVADAS
30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de caídas	R/C EDAD DEL PACIENTE
30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de infección	R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

30/01/2023 12:00:00 a. m.	R/C USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS. USO DE CANULA NASAL, ACCESO VENOSO PERIFERICO	Deterioro de la integridad Cutánea
---------------------------	--	------------------------------------

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

30/01/2023 12:00:00 a. m.	Patrón respiratorio ineficaz	R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA
---------------------------	------------------------------	---

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

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



## PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

## PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

### ACTIVIDADES

#### Cuidados Generales por Servicio Clínico

Bañar en cuna.  
 Bañar en tina  
 Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
 Controlar frecuencia cardíaca.  
 Controlar frecuencia respiratoria.  
 Controlar saturación de oxígeno.  
 Controlar signos vitales.  
 Evaluar integridad cutánea.  
 Realizar aseo nasal.  
 Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
 Supervisar lactancia.  
 Tomar exámenes.  
 Verificar barandas en alto.  
 Verificar timbre al alcance de la mano.  
 Vigilar eliminación intestinal  
 Vigilar eliminación urinaria.

#### Necesidad de Nutrición

Educación sobre lactancia materna.  
 Educación sobre técnica de extracción manual de leche  
 Estimular succión junto con alimentación.

#### Sistema Cardiovascular

Valorar alteraciones hemodinámicas.

#### Sistema Metabólico

Evitar ayuno prolongado.  
 Favorecer lactancia materna.

#### Sistema Gastrointestinal

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

#### Sistema Inmunológico

#### Sistema Músculo Esquelético

#### Sistema Neurológico

Estimular actividades cognitivas.  
 Evaluar dolor.  
 Evaluar riesgo de caídas.

Sofia Garcia A.

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

Retirar inmovilizadores  
Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.  
Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA PREVENCION DE CIADAS LLAMADO DE ENFERMERIA BARANDAS ELEVADAS  
NORMAS DEL SERVICIO  
DERECHOS Y DEBERES  
SEGREGACION DE RESIDUOS  
USO DE TAPABOCAS  
LAVADO DE MANOS  
RUTA DE EVACUACION  
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

### RECONOCE DEBERES Y DERECHOS

#### DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS

Sofia Garcia A.

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

12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---

Sofia Garcia A.

---

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**PLAN DE ENFERMERIA**

FECHA DE FOLIO: 31/01/2023 7:33:54 a. m. N° FOLIO: 27

**DATOS DEL PACIENTE**

1141381252

<b>Nombre Paciente:</b>	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	<b>Tipo Doc:</b>	RegistroCivíl	<b>Identificación:</b>	1141381252	<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	14/diciembre/2022	<b>Edad Actual:</b>	0 Años / 8 Meses / 23 Días	<b>Estado Civil:</b>	Soltero		
<b>Dirección:</b>	CL 41A BIS SUR 81D 33	<b>Ocupación:</b>		<b>Teléfono:</b>	32231787652		
<b>Procedencia:</b>	BOGOTA			<b>Régimen:</b>	Regimen_Simplificado		
<b>Entidad:</b>	CAPITAL SALUD			<b>Nivel - Estrato:</b>	SUBSIDIADO NIVEL 1		
<b>Plan Beneficios:</b>	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023						

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

<b>N° INGRESO:</b>	8113862	<b>FECHA DE INGRESO:</b>	27/01/2023 4:20:29 p. m.
<b>FINALIDAD CONSULTA:</b>	Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo	<b>CAUSA EXTERNA:</b>	Otra
<b>RESPONSABLE:</b>	THIAGO RIVERA	<b>DIRECCION RESPONSABLE:</b>	CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33
<b>CENTRO DE ATENCIÓN:</b>	KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL	<b>RELIGION</b>	
<b>NOMBRE ACUDIENTE</b>		<b>ÁREA DE SERVICIO:</b>	KE11I05 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		<b>TELEFONO ACUDIENTE</b>	
		<b>RESPONSABLE</b>	
		<b>ETNIA</b>	
		<b>DISCAPACIDAD</b>	
		<b>TIPO DISCAPACIDAD</b>	

**PATRÓN I.-PERCEPCION DE LA SALUD****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

31/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de infección	R/C ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA
30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de caídas	R/C EL NO USO CONSTANTE DE BARANDAS ELEVADAS
30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de caídas	R/C EDAD DEL PACIENTE
30/01/2023 12:00:00 a. m.	Riesgo de infección	R/C DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS

**PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABOLICO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

30/01/2023 12:00:00 a. m.	R/C USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS. USO DE CANULA NASAL, ACCESO VENOSO PERIFERICO	Deterioro de la integridad Cutánea
---------------------------	--	------------------------------------

**PATRÓN III: ELIMINACION****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN IV.- ACTIVIDAD/EJERCICIO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

30/01/2023 12:00:00 a. m.	Patrón respiratorio ineficaz	R/C PROCESO INFLAMATORIO BRONQUIAL M/P DISNEA
---------------------------	------------------------------	---

**PATRÓN V.- REPOSO/ SUEÑO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VI.- COGNITIVO PERCEPTIVO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION****PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION/ AUTOCONCEPTO****FECHA\_REGISTRO DIAGNOSTICO****DESCRIPCION**

Profesional: HURTADO LOZANO JUAN DANILO  
Cédula: 79346965  
Tipo Medico: Enfermera

**PATRÓN VIII.- ROL RELACIONES**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**PATRÓN IX.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**

FECHA_REGISTRO	DIAGNOSTICO	DESCRIPCION
----------------	-------------	-------------

**ACTIVIDADES****Cuidados Generales por Servicio Clínico**

Bañar en cuna.  
Bañar en tina  
Controlar presión arterial sistólica, diastólica y media.  
Controlar frecuencia cardíaca.  
Controlar frecuencia respiratoria.  
Controlar saturación de oxígeno.  
Controlar signos vitales.  
Evaluar integridad cutánea.  
Realizar aseo nasal.  
Realizar desinfección matinal de la unidad del paciente.  
Supervisar lactancia.  
Tomar exámenes.  
Verificar barandas en alto.  
Verificar timbre al alcance de la mano.  
Vigilar eliminación intestinal  
Vigilar eliminación urinaria.

**Necesidad de Nutrición**

Educación sobre lactancia materna.  
Educar sobre técnica de extracción manual de leche  
Estimular succión junto con alimentación.

**Sistema Cardiovascular**

Valorar alteraciones hemodinámicas.

**Sistema Metabólico**

Evitar ayuno prolongado.  
Favorecer lactancia materna.

**Sistema Gastrointestinal**

Disminuir/Eliminar factores precipitantes

**Sistema Inmunológico****Sistema Músculo Esquelético****Sistema Neurológico**

Estimular actividades cognitivas.  
Evaluar dolor.  
Evaluar riesgo de caídas.

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera

Retirar inmovilizadores  
Solicitar cuidadora.

### Sistema Renal

Tamizar orina.

### Sistema Respiratorio

Asistir terapia respiratoria  
Cuidados del Paciente con Oxigenoterapia: controlar oxigenoterapia.  
Cuidados del Paciente con VMI: observar y registrar: características de secreciones.

## ANALISIS-PLAN

### IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

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

### CONDUCTA PROFESIONAL

#### LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA PREVENCION DE CIADAS LLAMADO DE ENFERMERIA BARANDAS ELEVADAS  
NORMAS DEL SERVICIO  
DERECHOS Y DEBERES  
SEGREGACION DE RESIDUOS  
USO DE TAPABOCAS  
LAVADO DE MANOS  
RUTA DE EVACUACION  
EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

## EDUCACION

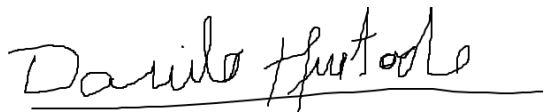
### RECONOCE DEBERES Y DERECHOS

#### DERECHOS

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

## OBSERVACIONES

11. RECIBIR UN TRATO DIGNO; RESPETANDO MI RELIGIÓN, COSTUMBRES Y CREENCIAS



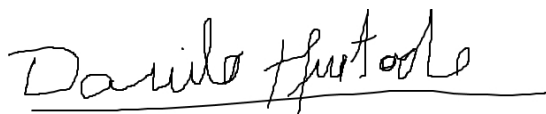
Profesional: HURTADO LOZANO JUAN DANILO  
Cédula: 79346965  
Tipo Medico: Enfermera

12. RECIBIR MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA
13. RECIBIR APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERO
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL
3. INFORMAR SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
6. CUMPLIR CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO
7. CUMPLIR CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

---



---

Profesional:	HURTADO LOZANO JUAN DANILO
Cédula:	79346965
Tipo Medico:	Enfermera

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE  
HISTORIA CLÍNICA

## VALORACIÓN DEL RIESGO PEDIÁTRICO ENFERMERIA

## DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual:

Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33

Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 31/01/2023 9:25:49 a. m. N° FOLIO: 28

Identificación: 1141381252

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 32231787652

Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

## 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: 8113862

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

RESPONSABLE: THIAGO RIVERA

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE: 32231787652

ÁREA DE SERVICIO: KE11105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	2,0000
--------------	--------

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

ALERGIAS: NO

## IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

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

ACTIVIDAD	
ENCAMADO	1,0000
EN SILLA	0,0000
CAMINA OCASIONALMENTE	0,0000
CAMINA FRECUENTEMENTE	0,0000

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

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

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

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

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

TOTAL PUNTOS	24,0000
--------------	---------

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

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

FIRMA

Cuidados de la Piel

- 1- Revise diariamente el estado de la piel (evalúe sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración).
- 2- Seque los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.



- 3- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
- 4- Vigile estrechamente el paciente con sujeción terapéutica.

#### Cambios Posturales

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

#### Control del Exceso de Humedad

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

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA

#### INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Hospitalización  
 Detalle Indicación: RIESGO DE CAIDA

Rosa Jimenez.

Profesional: JIMENEZ FAJARDO ROSA  
 Cédula: 51760671  
 Tipo Medico: Auxiliar\_Enfermeria

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

## ESE

## HISTORIA CLÍNICA

## EVOLUCION HOSPITALIZACION

## DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:

FECHA DE FOLIO: 31/01/2023 12:28:45 p. m. N° FOLIO: 29

Nombre Paciente: RIVERA HEREDIA THIAGO DAMIAN

Identificación: 1141381252

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual: 0 Años / 8 Meses / 23 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33

Teléfono: 3223177652

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

## DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITAL SALUD

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8113862

FECHA DE INGRESO: 27/01/2023 4:20:29 p. m.

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad\_General

RESPONSABLE: THIAGO RIVERA

DIRECCION RESPONSABLE: CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33 TELEFONO RESPONSABLE: 32231787652

CENTRO DE ATENCIÓN: KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

ÁREA DE SERVICIO: KE1105 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

## NOMBRE ACUDIENTE:

## RESPONSABLE

## TELEFONO ACUDIENTE:

CONSULTA ASISTIDA: False Médico

Documento

## Hora inicial de atencion:

## DIAGNOSTICO MEDICO:

HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCIÓN SERVICIO DE PEDIATRÍA

\*\*\*\*\*

THIAGO, LACTANTE DE UN 1 MES 18 DIAS CON DIAGNÓSTICOS DE:

BRONQUIOLITIS AGUDA LEVE

DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE RESUELTA

ADECUADA PROGRESION D EPESO

## SUBJETIVO

MADRE REFIERE HOY TOS MUY OCASIONAL, NO CIANOSANTE NI EMETIZANTE, RECIBE BIEN LECHE MATERNA, NO FIEBRE, DIURESIS +, DEPOSICIONES NORMALES,

## SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	36,1000	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	21,0000	SATURACION DE OXIGENO	95,0000	TENSION NARTERIA L	100,0000 / 41,0000	TENSION ARTERIAL MEDIA	60,7000
FRECUENCIA RESPIRATORIA	36,000	FRECUENCIA CARDIACA	156,000	TALLA (Centimetros)	56,0000	PESO ACTUAL (Kilogramos)	4,6000	INDICE DE MASA CORPORAL	14,6700
GLASGOW									

## OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, HIDRATADO, AFEBRIL NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOS ORAL HUMEDA, TORAX NORMOCONFIGURADO, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SE EVIDENCIAN SOPLOS, A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREALERAGDOS INSPECCIÓN ABDOMINAL NORMAL NO SE EVIDENCIA DISTENSIÓN O SIGNOS DE IRITACIÓN PERITONEAL A LA PALPACIÓN EXTREMIDADES NORMCONFIGURADAS Y EUTRÓFICAS, PACIENTE ALERTA, REACTIVO AL MEDIO, FONATANELA ANTERIOR NORMOTENSA, NO SIGNOS DE IRRITACION MENNIGEA

## RESULTADOS E INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RX TORAX 26/01/23 ROTADA, SIN CONSOLIDACIOENS NI ATLECETASIAS

PENDIENTE PANEL VIRAL

## ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 1 MES 18 DIAS EN CONTEXTO DE HOSPITALIZACIÓN POR BROQNUITIS LEVE, CUENTA CON RX DE TORAX DE INGRESO NORMAL, EN EL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DETERIORO CLÍNICO O INFECCIOSO, SIN SIRS, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO DESTETE DE OXÍGENO HACE MAS DE 24 HORAS, POR LO CUAL SE CONSIDERA EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIÓN, SIGNOS D EALARMA, LAVADOS NASALES A DEMANDA, CONTROL CON PEDIATRIA, SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PACIENTE EGRESA EN ESTADO DE GESTACIÓN NO APLICA

SALE CON CITA DE CPN

NO APLICA

## PLAN DE TRATAMIENTO

EGRESO HOSPITALARIO  
 LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA  
 ASEO NASAL A NECESIDAD  
 VIGILAR PATRON RESPIRATORIO  
 CSV-AC

## IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

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

TIENE RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL O SUICIDIO

NO

CONDUCTA

PACIENTE NECESITA COMITE DE ÉTICA HOSPITALARIA

DESCRPCIÓN DEL DILEMA ÉTICO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO.

Usuario Protegido Estandar

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

SE PRESCRIBE MEDICAMENTO A NO POS (MIPRES).

NUMERO MIPRES.

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA.

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO.

NO

REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA.

POR QUE

CUAL.

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

EDUCACION

EDUCACION EN ALIMENTACION Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	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	
PRIMERA INFANCIA		

#### DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación					

#### PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

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

#### INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación:	<b>Salida</b>
Detalle Indicación:	<p>CONTINUAR CONTROL AMBULATORIO POR PEDIATRIA REALIZAR LAVADO NASAL A NECESIDAD Si su bebe presenta cualquiera de los siguientes síntomas acuda al servicio de urgencias de inmediato Fibre cuantificada con termómetro (temperatura mayor a 38°C) Dificultad respiratoria (Respira muy rápido, se le hunde las costillas, se pone morado o se queda ratos prolongados sin respirar, le aletea la nariz como un conejo, coloración morada alrededor de la boca , le pita el pecho al respirar ).Aumento del color amarillo en la pielLo ve muy amarillo o está muy pálido.No quiere comer , presenta vomito persistente o vomita todoDecaimiento o está muy dormido.Orina muy poco o no orinaDistención abdominal, se ve el abdomen rojo o muy hinchado.Deposición con sangreEl ombligo se pone rojo o inflamado, o huele malNo lo ve bien Cualquier otra cosa que usted considere anormal o fuera de lo común en su bebe RECOMENDACIONES Lactancia a libre demanda Extracción de gases después de cada tomaNo dar besos en labios o chachetesEvitar contacto con fumadores o personas con gripa No exponer a cambios bruscos de temperaturaProcure que el lugar de descanso del bebé sea un ambiente tranquilo, con luces tenues lo cual ayudará a regular el sueño. No acostumbre a dormir al bebé con chupón, puede generar gases y reflujo.Brinde un espacio agradable y confortable al bebé a la hora de dormir, procure no acostarlo a en su misma cama ya que aumenta el riesgo de muerte súbita neonatal mientras los padres duermen junto a él. Ubique una cuna cerca a su cama y de ser posible se recomienda a partir del 4 mes de edad, habitación independiente. Vigile la posición en la que su bebé duerme, nunca debe dormir boca abajo, debe estar pendiente si está boca arriba y que no vomite o tenga reflujo que pueda causar ahogo. Juguetes u otros elementos que puedan afectar al bebé deben ser retirados de la cuna para evitar sofocación.</p>

Maria Claudia Cabra C.

Maria Claudia Cabra C.

Nombre Medico: CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA  
Registro: 53107024  
Especialidad: PEDIATRIA PERINATAL Y NEONATOLOGIA

Nombre Medico: MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO  
Registro: 53107024  
Especialidad: PEDIATRIA PERINATAL Y NEONATOLOGIA

# 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:** 1141381252 **FECHA DE FOLIO:** 14/02/2023 6:44:06 p. m. **N° FOLIO:** 30  
**Nombre Paciente:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **Identificación:** 1141381252 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 14/diciembre/2022 **Edad Actual:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **Teléfono:** 3223177652  
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

#### 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:** 8207472 **FECHA DE INGRESO:** 14/02/2023 7:01:01 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** Deteccion\_Alteracion\_Crecimiento\_y\_Desarrollo **CAUSA EXTERNA:** Otra

**RESPONSABLE:** a **DIRECCION RESPONSABLE:** a **TELEFONO RESPONSABLE:** 2  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** SU39 - USS 10 ABASTOS **ÁREA DE SERVICIO:** SU39A38 - ENFERMERIA PYD 10 ABASTOS

DATOS DEL PACIENTE	
TIPO DE CONSULTA	CONTROL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA (2A3 MESES - 6 A 8 MESES - 9 A 11 MESES)	
MOTIVO DE CONSULTA	
" ME DIERON ESTA CITA"	
CARMEN HELENA HEREDIA HERNANDEZ CC. 1022991998- MADRE. CELULAR 3223177652	
LACTANTE DE 2 MESES DE VIDA, FRUTO DE TERCERA GESTACIÓN, MADRE DE 29 AÑOS, STORCH NEGATIVO, CON ANTECEDENTE NO CLARO DE CARDIOPATIA, EGRESO CON OXIGENO CON DESTETE PROGRESIVO DE OXIGENO PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, MADRE REFIERE VERLO BIEN, NIEGA FIEBRE, DIARREA, TOS, EMESIS, IRRITABILIDAD. ALIMENTACIÓN: ALIMENTACION SIMILAC 1 3 TETEROS AL DIA, LACTANCIA MATERNA DEPOSICIONES: BLANDAS, SIN SANGRE NI MOCO EN FRECUENCIA # 5/DÍA. DIURESIS: DE CARACTERÍSTICAS NORMALES EN FRECUENCIA # 7/DÍA. VACUNAS: COMPLETASTAMIZAJE AU DITIVO DIFERIDO	

TRAER LABORATORIOS	NO APLICA	FECHA		HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA
RADIOGRAFIA DE CADERA	NO APLICA	FECHA		OBSERVACIONES	
MICRONUTRIENTES:	NO APLICA	VITAMINA A:		SULFATO FERROSO:	
ANTIPARACITARIO		SE VERIFICAN RECOMENDACIONES BRINDADAS EN EL CONTROL ANTERIOR			NO
ASISTIO A		OBSERVACIONES	VALORADO POR PEDIATRIA 22-12/2022 QUIEN SOLICITA ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO PENDIENTE CITA EL PROXIMO 18 FEBRERO /2023 EN EL TINTAL Y CONTROL CON PEDIATRIA		

ANTECEDENTES PERINATALES							
PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL	AUDITIVO	<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> auditivo	PESO AL NACER	3065	TALLA AL NACER	54
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS	NO	CONTROL PRENATAL	SI	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	SI	PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA SI	
ANOMALIA CONGENITA MUTIPLE O MAYOR	NO	HOSPITALIZACION NEONATAL >7 DIAS	NO	EN UCI	NO	MAS DE 30 DIAS	NO
OBSERVACIONES							
PRODUCTO DE TERCERA GESTACION, CONTROL PRENATAL EN HOSPITAL KENNEDY, PARTO VAGINAL ATENDIDO EN KENNEDY POR CARDIOPATIA FETAL. RECIEN NACIDO CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO HOSPITALIZACION POR 9 DIAS, OXIGENO DOMICILIARIO POR UN MES.							

ANTECEDENTES PERSONALES							
MEDICOS	SI	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							
SFA, CARDIOPATIA???							

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
CONSUMO DE ALCOHOL, SUSTANCIAS SICOACTIVAS, CIGARRILLO				NO	VICTIMA DE VIOLENCIA		
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	NO	DETALLE	POBRE CONSUMO DE AGUA		
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				
CONSISTENCIA DE LAS COMIDAS QUE RECIBIÓ AYER.										
APETITO			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				REFIERE LACTANCIA MATERNA + LECHE SIMILAC EN BIBERON.						

HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA									
EL NIÑO DUERME SOLO	NO	CON QUIEN DUERME	PADRES	HORAS DE SUEÑO AL DIA	12,0000	HIGIENE BAÑO DIARIO	SI		
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO						SI	CUALES:		
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					
NO APLICA									
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR		NO	DETA LL E:		ESCOLARIZADO	NO	CURSO ACTUAL		
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE			PERTENENCIA A PANDILLAS			DETALLE:			
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO			MATONEO		PROBLEMAS EN SOCIALIZACION				
COMUNICACION EFECTIVA			IMAGEN CORPORAL CONFORME			LESIONES AUTOINFLINGIDAS			
IDEACION SUICIDA			INTENTOS SUICIDAS						
OBSERVACIONES:									
NO APLICA POR EDAD,									

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:	2	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:						
COHABITAN EN CASA EN ARRIENDO CON 3 HABITACIONES, DOS CAMAS, NIÑO COMPARTE CAMA CON LOS PADRES. MASCOTAS : GATOS 4, 3 PERROS, FUMADORES : PADRE						

PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION												
EDAD		RN	MES2	MES4	MES6	MES7	1AÑO	MES18	5AÑOS	EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES		2
TUBERCULOSIS (BCG)		<input checked="" type="checkbox"/> RN								VACUNAS PENDIENTES		
HEPATITIS B (HB)		<input checked="" type="checkbox"/> RN								PENDIENTE VACUNACION DE 2 MESES		
POLIO ORAL (VOP)			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	OBSERVACIONES	
POLIO INYECTABLE (VIP)			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	ESQUEMA APROPIADO PARA LA EDAD, PRIMERAS DOSIS	
PENTAVALENTE Difteria-Tosferina-Tétano (DPT), Influenza Tipo B, Hepatitis B			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3							
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)								<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2			
ROTAVIRUS			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
NEUMOCOCO			<input type="checkbox"/> 1	<input 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"/>	<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	114	FR	26	TA	0,0000	0,0000	TAM:		SAT. O2: %		PERIMETRO CEFALICO (Cm)	37
TEMP	36	TALLA	57	PESO ACTUAL (Kg)	5	IndiceMasaCorp:			16	PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)		13

**CABEZA Y CUELLO**

ALERTA, EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA  
 FONTANELA ANTERIOR ABIERTA, ISOCORIA NORMOREACTIVA, , MUCOSA ORAL HÚMEDA Y ROSADA, NO LESIONES EN CAVIDAD ORAL, CUELLO  
 MÓVIL, SIMÉTRICO, NO PALPO MASAS NI ADENOMEGALIAS,

**VALORACION VISUAL**

**CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ESTRABISMO OJO DERECHO ?**

**EXAMEN EXTERNO****Otorrinonaringológico**

OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL,

**Cardio Pulmonar o Torax:**

TÓRAX SIMÉTRICO, CON ADECUADA EXPANSIBILIDAD, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO AUSCULTO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS  
 PRESENTES SIN AGREGADOS PULMONARES,

**Gastrointestinal y/o abdomen:**

ABDOMEN BLANDO, NO ES DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, G/U  
 GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS,

**Extremidades y/o osteomuscular:**

EXTREMIDADES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, CADERAS ESTABLES,

**Ginecológico y/o urinario:**

NORMOCONFIGURADO. CARACTERISTICAS MASCULINAS

**ESTADIO TANNER**

I

PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL NO

**Piel y faneras:**

PIEL SIN LESIONES

**Neurológico**

NEUROLÓGICO ALERTA, MOVILIZA LAS CUATRO EXTREMIDADES DE FORMA ESPONTÁNEA, NO MOVIMIENTOS ANORMALES DURANTE LA  
 VALORACIÓN

**CUESTIONARIO VALE**

**CALIFICACION** Finalizada totalice las respuestas negativas y regístrelas a continuación

**RANGO DE EDAD****CONDICIONES ESTRUCTURALES****ITEMS**

NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS

**Comprensión (C)****Expresión (E)****Interacción (I)****Vestibular (V)****TOTAL**

**CALIFICACION Finalizada:** PASA?:

FALLA?:

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

MOTRICIDAD GRUESA		MOTRICIDAD FINA		AUDICION LENGUAJE		PERSONAL SOCIAL	
PUNTUACION DIRECTA	7	PUNTUACION DIRECTA	6	PUNTUACION DIRECTA	6	PUNTUACION DIRECTA	6
	VERDE		VERDE		VERDE		VERDE

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

**APGAR FAMILIAR**

<b>Puntuacion:</b>	16,0000	<b>INTERPRETACION APGAR FAMILIAR</b>	Disfunción familiar severa
--------------------	---------	--------------------------------------	----------------------------

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

LACTANTE DE 1 MESES EN COMPAÑÍA QUIEN CONSULTA A CRECIMIENTO Y DESARROLLO, AL EXAMEN FÍSICO SE VE BIEN, SIN SIGNOS DE  
 DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, ANTROPOMETRÍA P/E 0.46, T/E 0.87, P/T -0.86, PC/E 0.97, DENTRO DE  
 LIMITES NORMALES CORREGIDO PARA LA EDA GESTACIONAL , TOLERA ADECUADAMENTE LA VÍA ORAL, DIURESIS POSITIVA ESPONTANEA.  
 TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL REFERIDO NORMAL. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, CONTINUAR  
 LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA, ESTIMULACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VACUNACIÓN. CONTROL CON ENFERMERÍA EN 1 MES EN  
 CYD, SE SOLICITA VALRAOCION POR PEDIATRIA POR AC . EL FAMILIAR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PROXIMO CONTROL CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA (2A3 MESES - 6 A 8 MESES - 9 A 11 MESES)

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS**

RIESGOS DE SEGURIDAD : cuidados pertinentes frente a caídas, Prevención accidentes. Uso de manilla de identificación en el centro de salud.  
 RIESGOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN : próximo control de crecimiento y desarrollo, agudeza visual, vacunación, higiene oral  
 RIESGOS CLINICOS : medicina gral.  
 RIESGO PSICOSOCIAL : maltrato infantil, violencia intrafamiliar. : Dificultades familiares en comunicación y dialogo : Niega, relaciones conflictivas : niega, separación de los padres :: niega

**PLAN DE MANEJO**

SE SOLICITAN POTENCIALES EVOCADOS  
 SE RECUERDAN VACUNAS  
 SE DAN RECOMENDACIONES DE PAUTAS DE CRIANZA, ALIMENTACIONES Y ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO  
 CONTROL CON PEDIATRIA

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

**MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:**

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

**LABORATORIOS**

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

**RECONCILIACION MEDICAMENTOSA**

EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?

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

POR QUE

REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA

**IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS**

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

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

SE DA EDUCACION AL CUIDADOR DEL MENOR SANO EN: ESTIMULACION ADECUADA. SALUD ORAL, VACUNACION, DESARROLLO PSICOAFECTIVO, PAUTAS DE CRIANZA, , PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PATRONES DE BUEN TRATO, HABITOS HIGIENICOS, ALIMENTARIOS Y DE SUEÑO / DESCANSO. SE ACLARA SEGUIR CON LECHE MATERNA HASTA 6 MESES EXCLUSIVAMENTE Y CONTINUAR HASTA 2 AÑOS CON COMPLEMENTARIA. SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: INICIAR CON FRUTAS DULCES Y VERDURAS VERDES Y AMARILLAS NO AGREGAR SAL O AZÚCAR. SE PUEDE INCLUIR CEREALES DE ARROZ. A LOS 7 MESES SE INICIA CON ALIMENTOS COMO LOS TUBERCULOS PAPA, YUCA, PLATANO Y INICIAR CARNES BLANCAS Y ROJAS, DAR VICERAS COMO HIGADO O LA PAJARILLA 2 VECES A LA SEMANA. A LOS 9 MESES SE PUEDE INCLUIR CERALES COMO EL TRIGO. NO DAR FRUTAS ACIDAS, NO PESCADO, NO CALLA DE HUEVO, NO CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA :

•Lactancia materna EXCLUSIVA hasta los 6 meses mínimo

•Hay que suministrarla desde que nace y cuando el lo pida, sin ningún horario establecido (lactancia a libre demanda) Debe brindar leche materna entre 15 y 20 minutos en cada seno El lactante puede tener deposiciones cada 3 o más días, inclusive puede hacerlo una vez por semana, lo cual es normal ya que la leche materna se digiere casi completamente

-iniciar alimentación complementaria a los 6 meses de edad.

-Problemas que obstaculizan la lactancia materna y alternativas de solución,

-No utilización de chupos de entretención y/o biberones ( desventajas, riesgos, confusión de pezón)

- Técnicas de lactancia materna ( agarre, posición, extracción y conservación de la leche).

-Explicación de ventajas y beneficios de la lactancia materna, vínculo afectivo.

-Orientación de cómo acceder a grupos de apoyo comunitario para asesoría en Lactancia materna.

EDUCACION EN SALUD NIÑO SANO MENOR DE UN AÑO :

Dirigida a madre o cuidador del niño :

Deberes y derechos en salud

Signos de peligro de muerte : No puede beber o tomar el pecho, vomita todo, convulsiones, letárgico o inconsciente.

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**



SE REALIZA EDUCACION EN AIEPI, RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS, PREVENCIÓN, MANEJO, SEÑALES DE ALARMA PARA ERA, EDA Y ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, SE RECUERDA A MADRE IMPORTANCIA DE MANTENER VACUNAS AL DIA PARA EVITAR INMUNOPREVENIBLES, CONSULTAR PERIODICAMENTE A SALUD ORAL, CUMPLIR CITAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. SE DAN RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE ERA, LAVADO NASAL, INCREMENTO EN INGESTA DIARIA DE LIQUIDOS Y OBSERVAR SEÑALES DE ALARMA PARA CONSULTA MEDICA. , IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS, SALUD ORAL (CEPILLADO, CONTROL DE INGESTA DE CARIOGENICOS), PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, PAUTAS DE CRIANZA, PREVENCIÓN DE MALTRATO Y ABUSO. SE DAN RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS, INCREMENTAR FRECUENCIA DE INGESTA ALIMENTARIA, INCREMENTAR INGESTA DE LIQUIDOS POR ERA, CONTROLAR INGESTA DE CARIOGENICOS SE RECOMIENDA PRACTICAR ACTIVIDAD FISICA Y FAVORECER ESPACIOS PARA RECREACION JUNTO CON LOS DEMAS MIEMBROS DE SU FAMILIA.

**EDUCACIÓN**

Importancia de asistir a la consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia  
 Signos de alarma  
 Uso del carné infantil y se explican curvas de crecimiento  
 Lactancia materna  
 Alimentación complementaria  
 Alimentación perceptiva  
 Prevención de enfermedades prevalentes en la infancia  
 Pautas de crianza  
 Manejo de pataletas  
 Higiene (baño, lavado de manos)  
 Sueño seguro  
 Vacunación  
 Prácticas de amor y afecto  
 Actividades para estimular el desarrollo (motricidad gruesa, motricidad fina, audición y lenguaje, personal social)  
 Promover el juego, canto y la lectura.  
 Actividad física  
 Prevención de accidentes  
 Prevención de violencias  
 Manejo del tiempo libre  
 Cuidado bucal  
 Suministro de micronutrientes  
 Desparasitación  
 Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos  
 Promover participación del rol del padre

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES:

DERECHOS

DEBERES

**DEMANDA INDUCIDA**

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

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

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

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

## ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	30/12/2022	sfa
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS
Médicos	14/02/2023	NIEGA
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno NIEGA

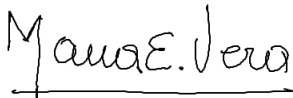
## DIAGNOSTICOS

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

## INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Detalle Indicación:



Profesional: VERA BALLEEN MARIA ELVIA  
 Cédula: 35517256  
 Tipo Medico: Enfermera

Usuario: 1007463319  
 Nombre reporte : HCRPHistoBase

FECHA DE FOLIO: 15/02/2023 9:22:39 a. m. N° FOLIO: 31

### DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: Registro civil-1141381252 Tipo\_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: Registro civil-1141381252 EDAD: 0 Años / 8 Meses / 23 Días  
NOMBRE PACIENTE: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/2022 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CL 41A BIS SUR 81D 33 TELEFONO: 3223177652 PROCEDENCIA: BOGOTA

### DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8215458 FECHA DE INGRESO: 15/02/2023 7:20:08 a. m.  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra  
RESPONSABLE: k DIRECCION RESPONSABLE: 0 TELEFONO RESPONSABLE: 0

### MOTIVO DE CONSULTA

☐ CONTROL

CITA DE PEDIATRIA ACUDEINTE MADRE SRA CARMEN HEREDIA SE ABRE TARDE EL FOLIO POR REUNION CON LIDER Y SUBGERENTE

### ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 2 MESES Y 2 MESES QUE ACUDE A CONTROL NIEGA SINTOMAS TOLERA AIRE AMBIENTO

### ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: sufrmetno fetal agudo  
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE  
TRANSFUSIONALES: NO REFIERE  
HOSPITALARIOS: en uss tintal en enero por bronquiolitis durante 5 días  
TRAUMATICOS: NO REFIERE  
ALERGICOS: NO REFIERE  
TÓXICOS: NO REFIERE  
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE  
FAMILIARES: NO REFIERE  
PERINATALES: NO REFIERE

Desarrollo psicomotor: ACORDE A EDAD

PATOLOGIAS  
PERINATELES:

### CUADRO DE VACUNAS:

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

PARTO: ☒ Vaginal ☐ Césarea Peso al Nacer: 3065 Talla al Nacer: 54  
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

Exclusiva (meses): Riesgo nutricional: Normal

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

Alimentación actual: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
Familiograma: madre  
padre  
hermana 2

### REVISION POR SISTEMAS

Organos de los Sentidos NO REFIERE  
GastroIntestinal niega vomito no rectorragias  
Genito Urinario NO REFIERE  
Piel Faneras NO REFIERE

Cardiopulmanar NO REFIERE  
Musculo Esqueletico NO REFIERE  
Neurologico NO REFIERE

### EXAMEN FÍSICO



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

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

Fecha Actual : jueves, 07 septiembre 2023  
 100/122

FECHA DE FOLIO: 15/02/2023 9:22:39 a. m. N° FOLIO: 31

Peso (gr): 5,15      Talla (cm): 58,00      Perimetro Cefálico (cm): 39.5      Perímetro Torácico (cm):      Temperatura: 36.5      Tensión Arterial: NO EQUIPO  
 Frecuencia Respiratoria: 30      Frecuencia Cardíaca: 120      Riesgo Nutricional: Normal      Escala del Dolor:      0,0000

**ESTADO GENERAL:**

**Examen físico:**

**Estado general:** buen estado en genral

**Examen Físico:**

CABEZA: NORMOCEFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. OJOS CON PUPILAS  
 NORMOREACTIVAS A LA LUZ,  
 TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES  
 CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, NO TAQUICARDICOS, NO  
 AGREGADOS.  
 RUIDOS RESPIRATORIO: BUEN A ENTRADA DE AIRE BILATERAL, NO RUIDOS AGREGADOS  
 ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA  
 PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.  
 GENITALES MASCULINOS: NORMOCONFIGURADOS, PREPUSIO NO REBATIBLE, TESTICULOS EN BOLSA  
 ESCROTAL  
 NEUROLÓGICO: ALERTA REACTIVO CONECTADO SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO  
 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVIMIENTO NORMALES,  
 PULSOS DISTALES PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS  
  
 SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLOS DE  
 BIOSEGURIDAD ANTE PANDEMIA COVID - 19

**Paraclínicos**

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Médicos	30/12/2022	sfa	

**DIAGNÓSTICOS**

Código      Nombre  
 Z762      CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS

**Observaciones:**

Tipo      Principal  
 Presuntivo      True

**ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**

**ANALISIS**      PACIENTE DE 2 MESES QUE ACUDE A PEDIATRIA DE CONTROL NIEGA  
 SINTOMAS  
 AL EXAMEN FISICO EUTROFICO Y SANO  
 DX NIÑO SANO  
 PLAN SE DA CONTROL EN UN MES POR PEDIATRIA Y SE EXPLICAN  
 LOS BENEFICIOS D ELA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS  
 6 MESES  
 PLAN SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y MADRE REFIERE ENTENDER Y  
 ACEPTAR

**RIESGO DE INFECCION BACTERIANA GRAVE**

**ESCALA YALE**



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

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

FECHA DE FOLIO: 15/02/2023 9:22:39 a. m. N° FOLIO:31

**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: PERILLA GUERRA GLORIA PATRICIA  
Cédula: 52988193  
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 SI
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**



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

**LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE**

**NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE:**

Prevención enfermedad diarreica aguda  
Prevención infecciones (IRA) y enfermedades respiratoria agudas (ERA).  
Prevención maltrato infantil y violencia intrafamiliar.  
Prevención caída de alturas.  
Prevención de automedicación.  
Prevención intoxicaciones exógenas.  
Prevención quemaduras.  
Prevención accidentes eléctricos.

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES COMO :  
CONTINUAR PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ,  
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EVITAR  
CONTACTO CERCANO CON ENFERMOS DE GRIPE,  
DIARREA, LAVADO DE MANOS ANTES DE MANIPULAR  
ALIMENTOS, ADECUADA COCCION DE ALIMENTOS

**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
5. ELEGIR SI DESEO O NO, RECIBIR EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

**DEBERES**

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

**DEMANDA INDUCIDA**

CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
VACUNACIÓN



---

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 16/02/2023 5:06:26 p. m. N° FOLIO:32

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141381252 IDENTIFICACION: 1141381252 EDAD: 0 Años / 8 Meses / 23 Días  
NOMBRE PACIENTE: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA FECHA DE NACIMIENTO:14/12/2022 12:00:00 a. m. SEXO: Masculino  
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1  
ENTIDAD: EPSS34 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado  
DIRECCION: CL 41A BIS SUR 81D 33 TELEFONO: 3223177652 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 INFECCIÓN DE TRANSMISION SEXUAL Y SALUD Y SEXUALIDAD REPRODUCTIVA

EDUCACION AIEPIDirigida a madre o cuidador del niño :Deberes y derechos en saludSignos de peligro de muerte.  
ENFERMEDAD GRAVE : No puede beber o tomar el pecho, vomita todo, convulsiones, letárgico o inconsciente.  
FIEBRESignos de alarma y cuidados de ERA : DIFICULTAD RESPIRATORIA :( cuidados caseros tos y fiebre,, lavado nasal). Verificar hundimiento de costillas, ruidos raros al respirar, respiración rápida.Signos de alarma y cuidados EDA-DIARREA. continuar alimentación complementaria y lactancia materna, aumentar el consumo de líquidos, no administración de gaseosas . Preparación de suero oral. Verificar aumento de número y consistencia de deposiciones, sangre en heces.-DESNUTRICION -ANEMIARefuerzo importancia del buen trato, demostraciones de afecto, juego, fortalecimiento vínculos afectivos y autoestima como factores protectores. EVITAR MALTRATO INFANTIL. ejercicios de estimulación del desarrollo, importancia del control de crecimiento y desarrollo (actividades de acuerdo a edad, juego, elaboración de juguetes).Indicaciones alimentación complementaria luego de los 6 meses de edad. CONTINUAR LACTANCIA MATERNA.PRESENTA PROBLEMAS DE OIDO, PROBLEMAS EN GARGANTEA, SALUD BUCAL : (dolor en la boca, trauma en cara o boca, hallazgos odontologicos)Importancia y recomendaciones generales para la administración de micronutrientesRefuerzo continuar esquema de vacunación.

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES			
Tipo	Fecha	Observaciones	
Médicos	30/12/2022	sfa	
Otros	27/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	29/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDA	
Otros	30/01/2023	RIESGO DE CAIDAS	
Médicos	14/02/2023	NIEGA	
Quirúrgicos	14/02/2023	NIEGA	
Familiares	14/02/2023	NO REFIERE	
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA
Tóxicos	14/02/2023	Ninguno	NIEGA

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

Planifica: ☐

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



DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	8220760	FECHA DE INGRESO:	15/02/2023 2:44:21 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo	CAUSA EXTERNA:	Otra
RESPONSABLE:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	DIRECCION RESPONSABLE:	bosa
NIVEL EDUCATIVO:		ETNIA:	
TIPO DISCAPACIDAD		OCUPACION	
TELEFONO RESPONSABLE: 1			
DISCAPACIDAD			

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

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa  
Detalle Indicación:

Maria E. Vera

VERA BALLEEN MARIA ELVIA  
Enfermera  
Cédula de ciudadanía-35517256



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE

SALUD SUR OCCIDENTE ESE

SUBREDSO ECOCARDIOGRAMA

Pagina 2/1

FECHA DE FOLIO: 25/02/2023 10:12:20 a. m. N° FOLIO:33

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141381252

IDENTIFICACION: 1141381252

EDAD: 0 Años / 8 Meses / 23 Días

NOMBRE PACIENTE: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

FECHA DE NACIMIENTO: 14/12/2022 12:00:00 a. m.

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Soltero

NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1

ENTIDAD: EPSS34

TIPO DE REGIMEN: Subsidiado

DIRECCION: CL 41A BIS SUR 81D 33

TELEFONO: 3223177652

PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 8280040

FECHA DE INGRESO: 25/02/2023 9:36:02 a. m.

FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica

CAUSA EXTERNA: Otra

RESPONSABLE: s

DIRECCION RESPONSABLE: s

TELEFONO RESPONSABLE: 1

AREA DE SERVICIO: KE11A02 - CARDIOLOGIA PATIO BONITO

CENTRO ATENCIÓN: KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY

FECHA HC:

TINTAL

ESTUDIO REALIZADO CON EQUIPO:

Con transductor multifrecuencia, equipo SONOS 5500, doble armónica, se realizó estudio en Modo M, 2D, Doppler pulsado, continuo y color, proyecciones convencionales, subcostal y supraesternal:

TIPOS DE ECOCARDIOGRAMA:

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

DESCRIPCION:					
Aurícula izquierda		27-38 mm	Pared septal		6-11 mm
Raíz de aorta		3.4+/-0.3	Pared posterior		6-11 mm
Apertura aorta		16-24 mm	Ventrículo derecho		19-28 mm
DFS			Fracción eyección VI		55-65%
DFD		3.8-5.9	Volumen Fin de diástole VI		56-105 Cm3

HALLAZGOS:

NOMBRE THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA  
DOCUMENTO 1141381252 EDAD 0 AÑOS  
FECHA 25/02/2023 MUNICIPIO BOGOTA D.C  
UBICACIÓN AMBULATORIO ENTIDAD CAPITAL SALUD

MODO B. DOPPLER

ESTRUCTURA	MEDIDA	ESTRUCTURA	MEDIDA
Anillo aórtico	7.6	Diástole del VI	20
Raíz aortica	10	Sístole VI	12
Aurícula izquierda	13	Fracción de eyección (%)	75
Ventrículo derecho	12	Fracción de acortamiento	44
Septum iv	3.7	TAPSE	14
Pared posterior	3.0	PSAP	16

SITUS: Situs solitus auricular; conexión auriculoventricular concordante mediante dos válvulas; conexión ventrículo arterial concordante mediante dos válvulas.  
VENAS SISTEMICAS: Drenaje de venas cavas normal a la aurícula derecha.  
VENAS PULMONARES: Drenaje de venas pulmonares normal a la aurícula izquierda.  
AURÍCULA DERECHA E IZQUIERDA: De tamaño normal, sin trombos o vegetaciones.

Handwritten signature

Profesional: BUSTILLO ZARATE FRANCISCO JOSE  
Cédula: 72433113  
Especialidad: CARDIOLOGIA PEDIATRICA

TABIQUE INTERAURICULAR: foramen oval 2.3 mm.

VÁLVULA MITRAL; ausencia de estenosis; valvas con apertura y cierre adecuados.

VÁLVULA TRICÚSPIDE: De estructura normal; anillo valvular normal; ausencia de estenosis.

VENTRÍCULO DERECHO: De dimensiones normales; con función sistólica normal; sin evidencia de obstrucción del tracto de salida.

VENTRÍCULO IZQUIERDO: función sistólica y diastólica normal; sin evidentes alteraciones de la cinética regional; valores normales de masa ventricular y espesor relativo; no se evidencia obstrucción del tracto de salida.

TABIQUE INTERVENTRICULAR: Íntegro; con movimiento normal; sin evidencia de cortocircuito.

VÁLVULA PULMONAR: Anillo normal; simétrico, apertura adecuada y cierre adecuado, sin estenosis ni insuficiencia. .

ARTERIA PULMONAR: Tronco y ramas sin alteraciones morfológicas; no se observa conducto arterioso persistente.

VÁLVULA AÓRTICA: Anillo normal; simétrico, apertura adecuada y cierre adecuado, sin estenosis ni insuficiencia.

AORTA: De dimensiones normales; raíz aórtica normal; aorta ascendente de características normales; arco aórtico izquierdo con vasos de cuello normales; no se observa imagen de coartación aórtica; aorta descendente de características normales.

ARTERIAS CORONARIAS: De origen y trayecto normal, sin anomalías.

PERICARDIO: De espesor normal.

#### CONCLUSIONES:

1. FORAMEN OVAL DE 2.3mm.
2. PRESION PULMONAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES.
3. BUENA FUNCION SISTOLICA Y DIASTOLICA BIVENTRICULAR.

PERTINENCIA: SI ES PERTINENTE.

#### CONCLUSIONES:

#### NOTA:

Profesional: BUSTILLO ZARATE FRANCISCO JOSE  
Cédula: 72433113  
Especialidad: CARDIOLOGIA PEDIATRICA

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

FECHA DE FOLIO: 30/03/2023 11:42:49 a. m. N° FOLIO: 34

**DATOS DEL PACIENTE:**

N° HISTORIA CLINICA:	1141381252	IDENTIFICACION:	1141381252	EDAD:	0 Años / 8 Meses / 23 Días
NOMBRE PACIENTE:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	FECHA DE NACIMIENTO:	14/12/2022 12:00:00 a. m.	SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero	NIVEL / ESTRATO:	SUBSIDIADO NIVEL 1		
ENTIDAD:		TIPO DE REGIMEN:	Subsidiado		
DIRECCION:	CL 41A BIS SUR 81D 33	TELEFONO:	32231787652	PROCEDENCIA:	BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

N° INGRESO:	8113862	FECHA DE INGRESO:	27/01/2023 4:20:29 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	THIAGO RIVERA	DIRECCION RESPONSABLE:	CALLE 41 A BIS SUR 81 D 33
		TELEFONO RESPONSABLE:	32231787652

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

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERIA/

**Archivos Adjuntos**

1141381252.pdf

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

Fecha Actual : jueves, 07 septiembre 2023  
109/122

FECHA DE FOLIO: 18/04/2023 3:33:53 p. m. N° FOLIO:35

**DATOS DEL PACIENTE:**

**N° HISTORIA CLINICA:** Registro civil-1141381252 Tipo\_doc: RegistroCivIl **IDENTIFICACION:** Registro civil-1141381252 **EDAD:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días  
**NOMBRE PACIENTE:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **FECHA DE NACIMIENTO:** 14/12/2022 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino  
**ESTADO CIVIL:** Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1  
**ENTIDAD:** CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado  
**DIRECCION:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **TELEFONO:** 3223177652 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**N° INGRESO:** 8574717 **FECHA DE INGRESO:** 18/04/2023 3:03:30 p. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** n **DIRECCION RESPONSABLE:** b **TELEFONO RESPONSABLE:** 1

**MOTIVO DE CONSULTA**

☐ CONTROL  
CONTROL PEDIATRIA ACUDEINTE MADRE -- CARMEN HEREDIA --TEL 3223177652

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE DE 4 MESES 3 DIAS DIAS DE EDAD , NACIDO TERMINO , PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS , CONSULTA A CONTROL DE PEDIATRIA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE BUEN ESTADO GENERAL--TIENE PENDEINTE EMISIONES OTO ACUSTICAS , VALORACION OPFTALMOLOGICA Y RX DE CADERAS COMPARATIVAS --

**ANTECEDENTES**

**PATOLOGICOS:** NO REFIERE  
**QUIRÚRGICOS:** NO REFIERE  
**TRANSFUSIONALES:** NO REFIERE  
**HOSPITALARIOS:** BRONQUIOLITIS EN ENERO DEL 2023 -5 DIAS --  
**TRAUMATICOS:** NO REFIERE  
**ALERGICOS:** NO REFIERE  
**TÓXICOS:** NO REFIERE  
**FARMACOLOGICOS:** NO REFIERE  
**FAMILIARES:** NO REFIERE  
**PERINATALES:** NO REFIERE

Desarrollo psicomotor: ACORDE A EDAD

PATOLOGIAS  
PERINATELES:

**CUADRO DE VACUNAS:**

vacuna	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	1 Ref.	2 Ref.
BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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:** 3065 **Talla al Nacer:** 54  
**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

**Exclusiva (meses):** **Riesgo nutricional:**

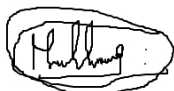
**ALIMENTACIÓN:** Lactancia materna: Exclusiva  
Lactancia Complementaria (meses):

**Alimentación actual:** LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
**Familiograma:** MADRE -PADRE - HERMANAS

**REVISION POR SISTEMAS**

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

**EXAMEN FÍSICO**



**Profesional:** URANGO PACHECO MANUEL DEL CRISTO  
**Cédula:** 10766564  
**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  
 110/122

FECHA DE FOLIO: 18/04/2023 3:33:53 p. m. N° FOLIO: 35

Peso (gr): 7,00 Talla (cm): 63,00 Perimetro Cefálico (cm): 43 Perímetro Torácico (cm): Temperatura: 36.4 Tensión Arterial: 0,0000  
 Frecuencia Respiratoria: 30 Frecuencia Cardíaca: 128 Riesgo Nutricional: Escala del Dolor:

**ESTADO GENERAL:**

**Examen físico:**

**Estado general:**

BUENO  
 VAUNAS INCOMPLETAS , SE INDICA PASAR POR VACUNATORIO--  
 OMS  
 PT 0,39 ZS  
 PE -0,08 ZS  
 TE -0,54 ZS  
 IMC 0,32 ZS  
 PC 1,05 ZS

**Examen Físico:**

CABEZA: NORMOCEFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. OJOS CON PUPILAS  
 NORMOREACTIVAS A LA LUZ,  
 TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES  
 CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, NO TAQUICARDICOS, NO  
 AGREGADOS.  
 RUIDOS RESPIRATORIO: BUEN A ENTRADA DE AIRE BILATERAL, NO RUIDOS AGREGADOS  
 ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA  
 PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.  
 GENITALES MASCULINOS: NORMOCONFIGURADOS, PREPUSIO NO REBATIBLE, TESTICULOS EN BOLSA  
 ESCROTAL  
 NEUROLÓGICO: ALERTA REACTIVO CONECTADO SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO  
 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS SIN EDEMAS,, PULSOS DISTALES PRESENTES SIMETRICOS,  
 LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS

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

**Paraclínicos**

--TSH NEONATAL 9,5uU/ml  
 --ecocardiograma del 25/02/23 normal --formaen oval 2,3MM

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Médicos	30/12/2022	sfa	

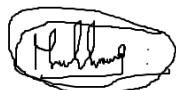
**DIAGNÓSTICOS**

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

Tipo Principal  
 Presuntivo True

**Observaciones:**

**ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**



Profesional: URANGO PACHECO MANUEL DEL CRISTO  
 Cédula: 10766564  
 Especialidad: PEDIATRIA

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

FECHA DE FOLIO: 18/04/2023 3:33:53 p. m. N° FOLIO: 35

**ANALISIS**

PACIENTE DE 4 MESES 3 DIAS DIAS DE EDAD , NACIDO TERMINO , PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS , CONSULTA A CONTROL DE PEDIATRIA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE BUEN ESTADO GENERAL--TIENE PENDIENTE EMISIONES OTO ACUSTICAS , VALORACION OPFTALMOLOGICA Y RX DE CADERAS COMPARATIVAS -- PESO Y TALLA DECUADO, SE REFUERZAN PAUTAS DE ALIMENTACION, ALARMA , ACCIDENTES , LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES , NO CHUPETE , NO CAMINADOR , SE INSISTE EN ESTUDIOS Y VALORACIONES PENDIENTES , CONTROL CON ESTUDIOS-- MADRE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

**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**

**CAIDAS -ACCIDENTES**

**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**

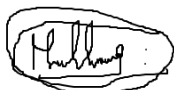
**NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)**

**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?**



Profesional: URANGO PACHECO MANUEL DEL CRISTO  
Cédula: 10766564  
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319

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

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	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD

SI

Profesional: URANGO PACHECO MANUEL DEL CRISTO  
Cédula: 10766564  
Especialidad: PEDIATRIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007463319

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



2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR SI
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS SI
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

NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE:  
Prevención enfermedad diarreica aguda  
Prevención infecciones (IRA) y enfermedades respiratoria agudas (ERA).  
Prevención maltrato infantil y violencia intrafamiliar.  
Prevención caída de alturas.  
Prevención de automedicación.  
Prevención intoxicaciones exógenas.  
Prevención quemaduras.  
Prevención accidentes eléctricos.

#### EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES COMO :  
CONTINUAR PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ,  
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EVITAR  
CONTACTO CERCANO CON ENFERMOS DE GRIPE,  
DIARREA, LAVADO DE MANOS ANTES DE MANIPULAR  
ALIMENTOS, ADECUADA COCCION DE ALIMENTOS

### 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
5. ELEGIR SI DESEO O NO, RECIBIR EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.
7. ELEGIR MORIR CON DIGNIDAD
8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.
9. RECIBIR INFORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN EN TEMAS DE SALUD.
10. RECIBIR UNA ATENCIÓN SEGURA, INTEGRAL, OPORTUNA Y EFICIENTE DE ACUERDO A MI CONDICIÓN DE SALUD, GÉNERO Y EDAD.
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

#### DEBERES

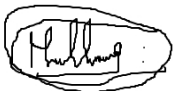
1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD



Profesional: URANGO PACHECO MANUEL DEL CRISTO  
Cédula: 10766564  
Especialidad: PEDIATRIA

**DEMANDA INDUCIDA**

CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
VACUNACIÓN  
TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL



---

Profesional: URANGO PACHECO MANUEL DEL CRISTO  
Cédula: 10766564  
Especialidad: PEDIATRIA



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA  
FORMATO RADIOLOGIA

Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

N° Historia Clínica: 1141381252

## DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141381252  
Nombre Paciente: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA  
Fecha Nacimiento: 14/diciembre/2022 Edad Actual: 0 Años / 8 Meses / 23 Días  
Dirección: CL 41A BIS SUR 81D 33  
Procedencia: BOGOTA

FECHA DE FOLIO: 11/08/2023 3:44:32 p. m. N° FOLIO: 36  
Identificación: 1141381252 Sexo: Masculino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3223177652  
Ocupación: EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR

## 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: 9283250  
FINALIDAD CONSULTA: No\_Aplica  
RESPONSABLE: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA  
PAREN TESCO RESPONSABLE usuario  
CENTRO DE ATENCIÓN: PA35 - USS VILLA JAVIER  
TRIAGE: Fecha Triage:  
NIVEL EDUCATIVO  
OCUPACION: Etnia  
CAUSA EXTERNA: Otra  
DIRECCION RESPONSABLE: CL 41 A BIS SUR 81 D 33  
ÁREA DE SERVICIO: PA35L02 - IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA VILLA JAVIER  
DISCAPACIDAD TIPO DE DISCAPACIDAD RESPONSABLE

## FORMATO DE RADIOLOGIA

Fecha y hora 11/08/2023 3:43:47 p. m. Tipo de paciente Niño Contextura Contextura media  
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		70,0000	0,0000	10,0000	20,5100
		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	70,0000	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

NO

Profesional: GARCIA LUIS CARLOS  
Cédula: 80897072  
Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS

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: THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA

Nº Historia Clínica: 1141381252

Impresion de placa	Cantidad	Estudio
		EN SISTEMA

**Observaciones**

mG \* m2 20.51

☐ 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:** LUIS CARLOS GARCIA  
**Identificación** 80897072

**Firma:**

*Luis Carlos Garcia*

Profesional: GARCIA LUIS CARLOS  
 Cédula: 80897072  
 Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS

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

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

FECHA DE FOLIO: 16/08/2023 3:35:06 p. m. N° FOLIO: 37

**DATOS DEL PACIENTE:**

N° HISTORIA CLINICA:	1141381252	IDENTIFICACION:	1141381252	EDAD:	0 Años / 8 Meses / 23 Días
NOMBRE PACIENTE:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	FECHA DE NACIMIENTO:	14/12/2022 12:00:00 a. m.	SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero	NIVEL / ESTRATO:	SUBSIDIADO NIVEL 1		
ENTIDAD:	EPSS34	TIPO DE REGIMEN:	Subsidiado		
DIRECCION:	CL 41A BIS SUR 81D 33	TELEFONO:	3223177652	PROCEDENCIA:	BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

N° INGRESO:	9283250	FECHA DE INGRESO:	11/08/2023 3:12:09 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	CAUSA EXTERNA:	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA	DIRECCION RESPONSABLE:	CL 41 A BIS SUR 81 D 33
		TELEFONO RESPONSABLE:	3223177652

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

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

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

CONSENTIMIENTO INF DE / IMAGENOLOGIA

**Archivos Adjuntos**

1141381252.pdf

FECHA DE FOLIO: 26/08/2023 9:39:10 a. m. N° FOLIO: 38

**DATOS DEL PACIENTE:**

**N° HISTORIA CLINICA:** Registro civil-1141381252 Tipo\_doc: RegistroCivil **IDENTIFICACION:** Registro civil-1141381252 **EDAD:** 0 Años / 8 Meses / 23 Días  
**NOMBRE PACIENTE:** THIAGO DAMIAN RIVERA HEREDIA **FECHA DE NACIMIENTO:** 14/12/2022 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino  
**ESTADO CIVIL:** Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1  
**ENTIDAD:** CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado  
**DIRECCION:** CL 41A BIS SUR 81D 33 **TELEFONO:** 3223177652 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

**DATOS DE LA ADMISIÓN:**

**N° INGRESO:** 9371059 **FECHA DE INGRESO:** 26/08/2023 9:03:26 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** p **DIRECCION RESPONSABLE:** p **TELEFONO RESPONSABLE:** 0

**MOTIVO DE CONSULTA**

☐ CONTROL  
PEDIATRIA EN COMPAÑIA DE LA MADRE CARMEN HEREDIA TEL 3223177652

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PEDIATRIA ASINTOMATICO VACUNAS AL DIA, 7 MESES OK RX DE CADERAS NORMAL EMISIONES OTOACUSTIVOS PENDIENTE

**ANTECEDENTES**

**PATOLOGICOS:** NO REFIERE  
**QUIRÚRGICOS:** NO REFIERE  
**TRANSFUSIONALES:** NO REFIERE  
**HOSPITALARIOS:** BRONQUIOLITIS EN ENERO DEL 2023 -5 DIAS --  
**TRAUMATICOS:** NO REFIERE  
**ALERGICOS:** NO REFIERE  
**TÓXICOS:** NO REFIERE  
**FARMACOLOGICOS:** NO REFIERE  
**FAMILIARES:** NO REFIERE  
**PERINATALES:** NACIDO TERMINO, PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Desarrollo psicomotor: ACORDE A EDAD

**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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilius I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y LA PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTO:** ☒ Vaginal ☐ Césarea **Peso al Nacer:** 3065 **Talla al Nacer:** 54  
**APGAR:** ☐ Edad Gestacional: ☒ Noción de contagio Tuberculosis ☐ Patología perinatal

Cuál:

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

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

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

**Alimentación actual:** LECHE MATERNA + AC  
**Familiograma:** MADRE -PADRE - HERMANAS

**REVISION POR SISTEMAS**

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

**EXAMEN FÍSICO**

**Peso (gr):** 9,40 **Talla (cm):** 71,50 **Perimetro Cefálico (cm):** 45 **Perimetro Torácico (cm):** **Temperatura:** 36,4 **Tensión Arterial:**

Ana Maria Morales F.  
Dra. Ana M. Morales Flórez  
Médica Pediatra  
R.M. 1018461101

**Profesional:** MORALES FLOREZ ANA MARIA  
**Cédula:** 1018461101  
**Especialidad:** PEDIATRIA

Frecuencia Respiratoria: 30      Frecuencia Cardiaca: 128      Riesgo Nutricional:      Escala del Dolor:      0,0000

**ESTADO GENERAL:**

**Examen físico:**

**Estado general:** BUENAS CONDICIONES GENERALES

**Examen Físico:**

CABEZA: NORMOCEFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. OJOS CON PUPILAS  
 NORMOREACTIVAS A LA LUZ,  
 TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES  
 CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, NO TAQUICARDICOS, NO  
 AGREGADOS.  
 RUIDOS RESPIRATORIO: BUEN A ENTRADA DE AIRE BILATERAL, NO RUIDOS AGREGADOS  
 ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA  
 PALPACIÓN, NO MASAS, NO MEGALIAS.  
 GENITALES MASCULINOS: NORMOCONFIGURADOS, PREPUSIO NO REBATIBLE, TESTICULOS EN BOLSA  
 ESCROTAL  
 NEUROLÓGICO: ALERTA REACTIVO CONECTADO SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO  
 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS SIN EDEMAS,, PULSOS DISTALES PRESENTES SIMETRICOS,  
 LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS

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

**Paraclínicos**

--TSH NEONATAL 9,5uU/ml  
 --ecocardiograma del 25/02/23 normal --formaen oval 2,3MM  
 --RX DE CADERA 11 AGOSTO 2023 En las proyecciones obtenidas:  
 Angulo acetabular derecho de 24 grados  
 Angulo acetabular izquierdo de 25 grados  
 La configuración de ambas cavidades acetabulares es normal.  
 Es simétrico el desarrollo y la osificación de los núcleos de crecimiento de las cabezas femorales.  
 Adecuada configuracion de arcos de Shenton.  
 Los planos grasos y tejidos blandos son normales.  
 Impresión:  
 RADIOGRAFIA DE CADERAS DENTRO DE LO NORMAL

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Médicos	30/12/2022	sfa	

**DIAGNÓSTICOS**

Código      Nombre  
 Z001      CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

**Observaciones:**

Tipo      Principal  
 Presuntivo      True

**ANALISIS Y PLAN DE MANEJO**

  
 Dra. Ana M. Morales Flórez  
 Médica Pediatra  
 R.M. 1018461101

Profesional: MORALES FLOREZ ANA MARIA  
 Cédula: 1018461101  
 Especialidad: PEDIATRIA

**ANALISIS**

LACTANTE DE 8 MESES, ANTECEDENTES ANOTADOS. SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, VACUNAS AL DIA, NEURODSS NORMAL. EXAMEN FISICO NORMAL CON MEDIDAS ANTROPOMETRICAS EN LA NORMALIDAD. TIENE ODONTOLOGIA YA PROGRAMADA. RX DE CADERAS NORMAL. SE RENUEVA ORDEN DE TAMIZAJE AUDITIVO,. SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA IR A URGENCIAS RECOMENDACIONES GENERALES

**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**

**CAIDAS -ACCIDENTES**

**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**


Profesional: MORALES FLOREZ ANA MARIA  
Cédula: 1018461101  
Especialidad: PEDIATRIA



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	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	0,0000
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD SI
2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR SI
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS SI

Ana María Morales F.  
Dra. Ana M. Morales Flórez  
Médica Pediatra  
R.M. 1018461101

Profesional: MORALES FLOREZ ANA MARIA  
Cédula: 1018461101  
Especialidad: PEDIATRIA

**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**

**NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE:**

Prevención enfermedad diarreica aguda  
Prevención infecciones (IRA) y enfermedades respiratoria agudas (ERA).  
Prevención maltrato infantil y violencia intrafamiliar.  
Prevención caída de alturas.  
Prevención de automedicación.  
Prevención intoxicaciones exógenas.  
Prevención quemaduras.  
Prevención accidentes eléctricos.

**EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES**

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES COMO :  
CONTINUAR PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ,  
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EVITAR  
CONTACTO CERCANO CON ENFERMOS DE GRIPE,  
DIARREA, LAVADO DE MANOS ANTES DE MANIPULAR  
ALIMENTOS, ADECUADA COCCION DE ALIMENTOS

**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
5. ELEGIR SI DESEO O NO, RECIBIR EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.
7. ELEGIR MORIR CON DIGNIDAD
8. ELEGIR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.
9. RECIBIR INFORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN EN TEMAS DE SALUD.
10. RECIBIR UNA ATENCIÓN SEGURA, INTEGRAL, OPORTUNA Y EFICIENTE DE ACUERDO A MI CONDICIÓN DE SALUD, GÉNERO Y EDAD.
14. RECIBIR CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN EN CASOS ESPECIALES
15. RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD

**DEBERES**

1. INFORMAR MIS ANTECEDENTES EN SALUD ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACIÓN ASOCIADA A MI SITUACIÓN ÉTNICA
4. CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO
5. CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD
8. RESPETAR LOS PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
9. RESPETAR AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS
10. RESPETAR LAS CONDICIONES DE RAZA, GÉNERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

**DEMANDA INDUCIDA**

CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
VACUNACIÓN  
TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL


Profesional: MORALES FLOREZ ANA MARIA  
Cédula: 1018461101  
Especialidad: PEDIATRIA