

IDENTIFICACIÓN			COLSUBSIDIO NIT 860007336-1		
Nombre del Paciente	LUZ STELLA PARRA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	51577426
Fecha de nacimiento	03/04/1960	Edad atención	56 años 11 meses	Edad actual	56 años 11 meses
Sexo	Femenino	Estado civil		Ocupación	EMPLEADA
Dirección de domicilio	KR 56A BIS 49 15 SUR	Teléfono domicilio	3108156248	Lugar de residencia	BOGOTA
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente	
Acompañante		Teléfono acompañante			
Asegurador	FAM COLS EVENTO	Categoría	A	Tipo de vinculación	RCT: Beneficiario
Episodio	28579847	Lugar de atención	CL CIUDAD ROMA	Cama	KXOP07
Fecha de la atención	02/04/2017	Hora de atención	18:13:24		

EPICRISIS

1. Datos de Ingreso

Fecha: 01/04/2017 Hora: 16:47

Código de diagnóstico	Descripción del Diagnóstico	Clase de Diagnóstico	Confirmación	Tipo	Responsable
F413	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS	Diag. Principal	Impresión Diagnóstica	Diag. TratamDiag. Admisión	MORENO, BIBIANA

Causa externa de Ingreso: Enfermedad general

2. Datos de Egreso

Fecha: Hora: 0:00

Código de diagnóstico	Descripción de Diagnóstico	Clase de Diagnóstico	Confirmación	Tipo	Responsable
F413	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS	Diag. Principal	Impresión Diagnóstica	Diagnós. Alta	MORENO, BIBIANA

3. Servicios

Código (UO)	Servicio(nombre de la UO)	Estancia
01UEOBUR	CL CIUDAD ROMA-HABITACION CUATRO CAMAS MEDIANA COMPLEJIDAD	1
Total de Días de Estancia		1

4. Resumen de Atención

Resumen de Evolución

Estado del Ingreso: Vivo

Causa Externa: Enfermedad general

Finalidad de la consulta: No Aplica

Motivo de consulta: NERVIOS

Enfermedad Actual: 56 A OCUP HOGAR ACOMP HIJA ANGELICA HERRERA CELL 3132957239 REFIERE DESDE HACE 20 DIAS INSOMNIO SIN PODER CONCILIAR EL SUEÑO NI HORAS EN SENSACION DE ANGUSTIA DELIRIO YA HABIA TENIDO ESTE CUADRO Y HABIA SIDO CON VALORACION DEL SIQUIATRA CON FLUOXETINA PERO LA SUSPENDIO ACUDIO HACE 8 DIAS Y ORDENARON TRAZADONA YA TIENE GITA CON SIQUIATRIA CON SIQUIATRIA 25 ABR Y NEUROLO 2 MAYO/17 NIEGA AUTOAGRESION DIARREA EN 2 OCASIONES, NO SIGNOS DE DHT, ANTECEDENTES HTA Y DIABETES EN TTO FARMACOLOGICOS GLIBENCLAMIDA X12 H/METFORMINA 3 AL DIA ENALAPRIL/VERAPAMILLO /HZDA GLUCOMETRIA 145MG/DL QUIRURGICOS MMOPLASTIA DE REDUCCION/ ABDOMINO PLASTIA/SALPINGUECTOMIA DERECHA*COLESCISTECTOMIA TOXICOLOGICOS NIEGA FARMACOLOGISOS NIEGA TRAUMATICOS NIEGA TRANSFUNCIONALES NIEGA GRUPO O+ G2P2 MENOPAUSIA 46 A

Examen Fisico

IDENTIFICACIÓN**Nombre del Paciente** LUZ STELLA PARRA**Tipo de Documento** Cédula de Ciudadanía**Número de Documento** 51577426

Estado General: Bueno
Estado de conciencia: Alerta
Estado Respiratorio: Sin signos de dificultad respiratoria
Estado de Hidratación: Hidratado
Revisión por sistemas
Endocrinológico: NIEGA SÍNTOS
Órganos de los sentidos: NIEGA SÍNTOMAS
Cardiopulmonar: NIEGA SÍNTOMAS
Gastrointestinal: NIEGA SÍNTOMAS
Genitourinario: NIEGA SÍNTOMAS
Osteomuscular: NIEGA SÍNTOMAS
Neurológico: NIEGA SÍNTOMAS
Piel y faneras: NIEGA SÍNTOMAS
Otros: NIEGA SÍNTOMAS
Hallazgos
Cabeza: NORMOCEFALO
Ojos: EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMA
Otorrinolaringología: OTOSCOPIA NORMAL NARIZ PERMEABLE
Boca: OROFARINGE NORMAL
Cuello: MOVIL SIN MASAS
Tórax: SIMÉTRICO, EXPANSIBLE
Cardio-respiratorio: RSRC RÍTMICOS RSRS SIN AGREGADOS
Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE NO IRRITADO
Genitourinario: NO SE EXPLORA
Osteomuscular: EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMA
Sist. Nervioso Central: NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Examen mental: BRADIPSQUIA NO HAY DELIRIO EN EL MOMENTO
Piel y faneras: NORMAL
Otros hallazgos: NO
Responsable: MORENO, BIBIANA
Documento de Identidad: 51900130
Especialidad: MEDICINA GENERAL

INGRESO A OBSERVACIÓN PACIENTE ACUDE CON HIJA: ANGÉLICA HERRERA, TEL: 3132957239

OFICIO. AMA DE CASA REFIERE CUADRO DE MÁS O MENOS 20 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR INSOMNIO, ASOCIADO A CEFALÉA EN REGIÓN OCCIPITAL, PULSATIL, INTENSA QUE NO IRRADIA, PARESTESIAS EN CRÁNEO, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, AMNESIA RETROGRADA, NIEGA

IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente LUZ STELLA PARRA

Tipo de Documento Cédula de Ciudadanía

Número de Documento 51577426

OTRA SINTOMATOLOGÍA, REFIERE HABER CONSULTADO HACER 8 DÍAS A ESTA INSTITUCIÓN Y FUE TRATADA AMBULATORIAMENTE CON TRAZODONA POR TRES DÍAS, SIN MEJORA POR LO QUE CONSULTA

RXS: DISURIA Y DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO, DESDE HACE UNA SEMANA, SIN TRATAMIENTO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: DIABETES MELLITUS, HTA,

HIPOTIROIDISMO 50MG/DÍA QUIRÚRGICOS: COLECISTECTOMÍA, LAPROTEOMÍA

EXPLORATORIA + SALPINGOOFORRECTOMIA DERECHO, LIPECTOMÍA,

REDUCCIÓN MAMARIA ALERGIAS: NEGAS

FARMACOLÓGICOS: METFORMINA 850MG CON CADA COMIDA, GLOBENCLAMIDA

DESAYUNO Y CENA, VERAPAMIL 120MG/DÍA, ENALAPRIL 20MG C/ 12 HORAS,

HIDROCLOROTIAZIDA 25MG/DÍA TRAUMAS: NEGAS

TRANSFUSIONES: NEGAS FAMILIARES: HIPOTIROIDISMO HIJA, HTA-

DIABETES MELLITUS: MADRE G3P2C0V2M0A0E1

OBJETIVO:

CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA TA: 130/80 FC: 78 FR: 20 SAO2: 92%

NORMOCEFALO PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ

MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATÍAS

TORAX SIMÉTRICO RSCRS SIN SOPLOS,

PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN Blando,

DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS, NO

MEGALÍAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMA

SNC: SIN DÉFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA

EN SUS TRES ESFERAS, NO SIGNOS DE LESIÓN

CEREBRAL, NO FOCALIZACIONES, FUERZA CONSERVADA EXAMEN MENTAL: TRANQUILA,

NO

ANSIOSA, NO TRISTEZA, NO LLANTO, RESPUESTA ADECUADA A PREGUNTAS

PLANTEADAS

ANÁLISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS E

HTA, CONSULTA POR CUADRO DE MÁS O MENOS 20 DÍAS DE

EVOLUCIÓN, DADO POR INSOMNIO, ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES,

PARESTESIAS EN CRÁNEO, ADemás DISURIA DESDE HACE UNA SEMANA,

EN EL MOMENTO CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, NO

LLANTO, NI TRISTEZA, NO ANSIEDAD EN EL MOMENTO, GLUCEMIA

106MG/DL SIN EMBRAGO POR CUADRO DE SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS SE

DECIDE HOSPITALIZAR PARA MANEJO CON

BENZODIAZEPINAS, ADemás ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DEFINIR CONDUCTA.

IDX:

1. TRASTORNO DE ANSIEDAD 2. INFECCIÓN VÍAS URINARIAS ?

3. DIABETES MELLITUS CONTROLADA 4. HTA CONTROLADA

PLAN:

1. HOSPITALIZAR 2. DIETA HIPOSODICA- HIPOGLUCÉMICA

3. SSN 0.9% 1000CC AHORA; CONTINUAR A 80CC/H 4. OMEPRAZOL 20MG VO CADA

24 HORAS

5. MIDAZOLAM 5MG IV AHORA 6. S/S HEMOGRAMA, UROANÁLISIS, BUN,

IDENTIFICACIÓN**Nombre del Paciente** LUZ STELLA PARRA**Tipo de Documento** Cédula de Ciudadanía**Número de Documento** 51577426

CRETININA, GLUCOSA 7. CONTROL SIGNOS VITALES.AC

RESPONSABLE: DIAZ, CRISTINA

No.IDENTIFICACION: 1118823480

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Fecha: 01/04/2017 Hora: 21:17:14

SUBJETIVO:

EVOLUCION OBSERVACION NOCHE

PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE: 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD

2. INFECCION VIAS URINARIAS ? 3. DIABETES MELLITUS CONTROLADA

4. HTA CONTROLADA

PACIENTE REFIERE ESTAR ASINOSA, QUIERE DORMIR, NO PICOS FEBRILES,

TOLERAR ACEPTA VIA

ORAL, DIURESIS POSITIVA

OBJETIVO:

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL,

HIDRATADA

S/V: TA: 109/56, TAM: 73, FR:20, FC:87, T°: 36.8, SAT: 95% C/C:

NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,

MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLOMOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS C/P: TORAX,

SIMETRICO, RUIDOS

CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS ABD:

BLANDO

DEPRESIBLE NO DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS EXT:

EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES

NEU: SIN DEFICIT APARENTE EXAMEN MENTAL: TRANQUILA, NO ANSIOSA, NO

TRISTEZA, NO

LLANTO, RESPUESTA ADECUADA A PREGUNTAS PLANTEADAS

ANÁLISIS:

PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAENTE, PENDIENTE PARACLINICOS, CONCUADO DE

ANSIEDAD LEVE, SECUNDARIO A INSOMNIO CRONICO, CONSIDERO

INICIAR MANEJO CON ALPRAZOLAM Y DE ACUERDO CON EVOLUCION SE DECIDE

NECESIDAD DE REMISION PACIENTE CON ADECUADA RED DE APOYO, SIN

IDEACION SUICIDA

PLAN:

PENDIENTE PARACLINICOS SE SUSPENDE ORDEN DE MIDAZOLAM

SE INICIA ALPRAZOLAM 0.5MG VO CADA DIA

RESPONSABLE: VIANA, JULIET

No.IDENTIFICACION: 1015392967

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Fecha: 02/04/2017 Hora: 04:23:25

ANÁLISIS:

REPORTE DE PARACLINICOS: ** HEMOGRAMA: WBC: 5490, N: 56%, L: 33%, HB:

15.4, HTO:

48.7 PLAQUETAS: 220.000 (NORMAL) ** CREATININA: 0.56 NORMAL

IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente LUZ STELLA PARRA

Tipo de Documento Cédula de Ciudadanía

Número de Documento 51577426

** BUN: 15.2 NORMAL ** GLUCOSA: 113 NORMAL

PENDIENTE

UROANALISIS

RESPONSABLE: VIANA, JULIET

No. IDENTIFICACION: 1015392967

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Fecha: 02/04/2017 Hora: 13:55:16

SUBJETIVO:

NOTA RETROSPECTIVA POR CONGESTION EN EL SERVICIO VALORADA 9:50AM

REMISION

AMBULANCIA BASICA

PACIENTE ACUDE CON HIJA: ANGELICA HERRERA, TEL: 3132957239 OFICIO. AMA DE CASA

REFIERE CUADRO DE MAS O MENOS 20 DIAS DE EVOLUCION, CRACTERIZADO POR INSOMNIO, ASOCIADO A

CEFALEA EN REGION OCCIPITAL, PULSATIL, INTENSA QUE NO IRRADIA,

PARESTESIAS EN CRANEO, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, AMNESIA

RETROGADA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE HABER CONSULTADO HACER 8

DIAS A ESTA INSTITUCION Y FUE TRATADA AMBULATORIAMENTE CON

TRAZODONA POR TRES DIAS, SIN MEJROIA POR LO QUE CONSULTA

RXS: INSOMIO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: DIABETSS MELLITUS,

HTA, HIPOTIROIDISMO 50MGC/DIA QUIRURGICOS: COLECISTECOMIA, LAPROTMIA

EXPLORATOIA +

SALPINGOFORECTOMIADERECHO, LIPECTOMIA, REDUCCION MAMARIA ALERGIAS: NEGA

FARMACOLOGICOS: METFORMINA 850MG CON CADA COMIDA, GLOBENCLAMIDA

DESAYUNOY CENA, VERAPAMILO

120MG/DIA, ENALAPRIL 20MG C/ 12HORAS, HIDROCLOROTIAXIDA 25MG/DIA

TRAUMAS: NIEGA

TRANSFUSIOENS: NIEGA FAMILIAERES:

HIPOTIROIDISMO HIJA, HTA- DIABETES MELLITUS: MADRE G3P2C0V2M0A0E1

OBJETIVO:

EXAMEN FISICO GLASGOW 15/15 TA 115//57 FC 78 FR 20 OXIEMTRIA 90% AL

MEDIO AMBIENTE CABEZA BOCA MUCOSAS HUMEDAS CUELLO SIN MASAS NI MEGALIAS

TORAX RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS

SINSOPLOS NI AGREGADOS RUIDOS

RESPIRATORIOS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN RUIDOS

POSITIVOS SIN MASAS NI MEGALIAS SIN DOLOR MIEMBROS NORMAL

NEUROLOGICO SIN DEFICIT PACIENTE ANSIOSA DEPREIMIDA CON LLANTO FACIL ,SE

SINTE ANGUSTIADA "QUISIERA SALIR CORRIENDO NO SABE QUE AHCE CON SU VIDA

, NO LE DAN GANAS DE HACER LAS COSAS

" REPORTE DE PARACLINICOS: ** HEMOGRAMA: WBC: 5490, N: 56%, L:

33%, HB: 15.4, HTO: 48.7 PLAQUETAS: 220.000 (NORMAL) ** CREATININA:

0.56

NORMAL ** BUN: 15.2 NORMAL **

IDENTIFICACIÓN**Nombre del Paciente** LUZ STELLA PARRA**Tipo de Documento** Cédula de Ciudadanía**Número de Documento** 51577426

GLUCOSA: 113 NORMAL

ANÁLISIS:

IDX ESTADO DEPRESIVO TRASTORNOS DEL SUEÑO

PACIENTE CON ESTADO DEPRESIVO Y ALTERACIONES EN EL SUEÑO QUE ALTERA SU

FUNCIONALIDAD NORMAL, SIN

IDEAS SUICIDAS MANEJO CONTRAZODONA, SIN MEJORIA

PLAN:

SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA SE INICIA TRAMITE

REMISION

RESPONSABLE: BARRETO, SANDRA

No.IDENTIFICACION: 31952417

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Fecha: 02/04/2017 Hora: 13:55:27

SUBJETIVO:

REMISION AMBULANCIA BASICA

PACIENTE ACUDE CON HIJA: ANGELICA HERRERA, TEL:

3132957239 OFICIO. AMA DE CASA REFIERE CUADRO DE MAS O MENOS 20

DIAS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR INSOMNIO, ASOCIADO A CEFALEA EN

REGION OCCIPITAL, PULSATIL, INTENSA QUE NO IRRADIA,

PARESTESIAS EN CRANEO, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, AMNESIA

RETROGADA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE HABER CONSULTADO

HACER 8 DIAS A ESTA INSTITUCION Y FUE TRATADA AMBULATORIAMENTE CON

TRAZODONA POR TRES DIAS, SIN MEJORIA POR LO QUE CONSULTA

RXS: INSOMNIO

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: DIABETES MELLITUS, HTA, HIPOTIROIDISMO 50MGC/DIA

QUIRURGICOS:

COLECISTECTOMIA, LAPROTMIA EXPLORATORIA + SALPINGOOFORRECTOMIA DERECHO,

LIPECTOMIA, REDUCCION MAMARIA

ALERGIAS: NEGA FARMACOLOGICAS: METFORMINA 850MG CON CADA COMIDA,

GLOBENCLAMIDA DESAYUNO Y CENA, VERAPAMIL 120MG/DIA, ENALAPRIL 20MG C/

12 HORAS, HIDROCLOROTIAZIDA 25MG/DIA

TRAUMAS: NIEGA TRANSFUSIONES: NIEGA

FAMILIARES: HIPOTIROIDISMO HIJA, HTA- DIABETES MELLITUS: MADRE

G3P2C0V2M0A0E1

OBJETIVO:

EXAMEN FISICO GLASGOW 15/15 TA 115//57 FC 78 FR 20 OXIMETRIA 90% AL

MEDIO AMBIENTE CABEZA BOCA MUCOSAS HUMEDAS CUELLO SIN MASAS NI MEGALIAS

TORAX RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS

SINSOPLOS NI AGREGADOS RUIDOS

RESPIRATORIOS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN RUIDOS

POSITIVOS SIN MASAS NI MEGALIAS SIN DOLOR MIEMBROS NORMAL

NEUROLOGICO SIN DEFICIT PACIENTE ANSIOSA DEPREMIDA CON LLANTO FACIL, SE

SINTE ANGUSTIADA "QUISIERA SALIR CORRIENDO NO SABE QUE AHCE CON SU VIDA

, NO LE DAN GANAS DE HACER LAS COSAS

IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente LUZ STELLA PARRA

Tipo de Documento Cédula de Ciudadanía

Número de Documento 51577426

REPORTE DE PARACLINICOS: ** HEMOGRAMA: WBC: 5490, N: 56%, L: 33%, HB: 15.4, HTO: 48.7 PLAQUETAS: 220.000 (NORMAL) ** CREATININA: 0.56

NORMAL ** BUN: 15.2 NORMAL **

GLUCOSA: 113 NORMAL

ANÁLISIS:

IDX ESTADO DEPRESIVO TRASTORNOS DEL SUEÑO

PACIENTE CON ESTADO DEPRESIVO Y ALTERACIONES EN EL SUEÑO QUE ALTERA SU

FUNCIONALIDAD NORMAL, SIN

IDEAS SUICIDAS MANEJO CONTRAZODONA, SIN MEJORIA

PLAN:

SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA SE INICIA TRAMITE

REMISION

RESPONSABLE: BARRETO, SANDRA

No. IDENTIFICACION: 31952417

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Fecha: 02/04/2017 Hora: 18:13:14

ANÁLISIS:

EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCION EN MOVIL 55 DE VITAL LIFE A CARO DEL

DR. DIEGO RANGEL CON DIRECCION A CLICNA EMMANUEL

RESPONSABLE: BERMUDEZ, PABLO

No. IDENTIFICACION: 1023912260

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Análisis

Fecha: 02/04/2017

Hora:

18:13:14

ANÁLISIS: EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCION EN MOVIL 55 DE VITAL LIFE A CARO DEL DR. DIEGO RANGEL CON DIRECCION EMMANUEL

A CLICNA BERMUDEZ,

PABLO

RESPONSABLE:

1023912260

No. IDENTIFICACION:

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Recomendaciones

Fecha: 02/04/2017

Hora:

18:13:14

ANÁLISIS: EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCION EN MOVIL 55 DE VITAL LIFE A CARO DEL DR. DIEGO RANGEL CON DIRECCION EMMANUEL

A CLICNA BERMUDEZ,

PABLO

RESPONSABLE:

1023912260

No. IDENTIFICACION:

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Plan de Manejo

Fecha: 02/04/2017

Hora:

18:13:14

ANÁLISIS: EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCION EN MOVIL 55 DE VITAL LIFE A CARO DEL DR. DIEGO RANGEL CON DIRECCION EMMANUEL

A CLICNA BERMUDEZ,

PABLO

RESPONSABLE:

1023912260

No. IDENTIFICACION:

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Limitaciones Vida Diaria

Fecha: 02/04/2017

Hora:

18:13:14

ANÁLISIS: EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCION EN MOVIL 55 DE VITAL LIFE A CARO DEL DR. DIEGO RANGEL CON DIRECCION EMMANUEL

A CLICNA BERMUDEZ,

PABLO

RESPONSABLE:

IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente LUZ STELLA PARRA

Tipo de Documento Cédula de Ciudadanía

Número de Documento 51577426

No. IDENTIFICACION:

1023912260

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Signos de Alarma

Fecha: 02/04/2017

Hora: 18:13:14

ANÁLISIS: EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCION EN MOVIL 55 DE VITAL LIFE A CARO DEL DR. DIEGO RANGEL CON DIRECCION A CLICNA

RESPONSABLE: BERMUDEZ,

EMMANUEL

No. IDENTIFICACION:

PABLO

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

1023912260

5. Apoyo Diagnóstico**Laboratorio Clínico**

Código	Descripción	Cantidad
902210	HEMOGRAMA TIPO IV	1
903825	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	1
903856	NITROGENO UREICO [BUN]	1
907106	UROANALISIS	1

Imágenes Diagnósticas**Patología****6. Procedimientos****Quirúrgicos****No Quirúrgicos****Enfermería**

Código	Descripción	Cantidad
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1

7. Medicamentos**Medicamentos POS**

Código	Descripción	Dosis Total	Dispensado	Días
1400000074	ALPRAZOLAM TABLETA 0.5MG	0.5 MG	1	1
1400000338	DALTEPARINA SOL INY 7.500UI./0.3ML JERP	7500 UI	1	1
1400000852	MIDAZOLAM SOL INY 5MG/5ML (0.1%) AMPX5ML	5 MG	1	1
1400000918	OMEPRAZOL TAB CON O SIN RECUB CAP 20MG	20 MG	1	1
1400001063	SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSAX500ML	3000 ML	6	1

Medicamentos NO POS**8. Incapacidad Médica****9. Alta****10. Responsable**

Responsable: BERMUDEZ, PABLO

Firma:

N° de Identificación: 1023912260

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LUZ PARRA

Fecha de Nacimiento: 03.04.1960

Convenio: FAM COLS EVENTO

Centro médico: CL CIUDAD ROMA

Tipo Identificación: CC

Edad: 56 Años 11 Meses 30 días

Episodio: 0028579847

Número Identificación: 51577426

Sexo: F

No. Habitación:

Tipo de Registro: Referencia

Fecha: 02.04.2017

Hora: 13:55:27

-----SUBJETIVO-----

REMISION

AMBULANCIA BASICA

PACIENTE ACUDE CON HIJA: ANGELICA HERRERA, TEL: 3132957239

OFICIO. AMA DE CASA

REFIERE CUADRO DE MAS O MENOS 20 DIAS DE EVOLUCION, CRACTERIZADO POR INSOMNIO, ASOCIADO A CEFALEA EN REGION OCCIPITAL, PULSATIL, INTENSA QUE NO IRRADIA, PARESTESIAS EN CRANEO, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, AMNESIA RETROGADA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE HABER CONSULTADO HACER 8 DIAS A ESTA INSTITUCION Y FUE TRATADA AMBULATORIAMENTE CON TRAZODONA POR TRES DIAS, SIN MEJROIA POR LO QUE CONSULTA

RXS: INSOMIO

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: DIABETSS MELLITUS, HTA, HIPOTIROIDISMO 50MGC/DIA

QUIRURGICOS: COLECISTECOMIA, LAPROTOMIA EXPLORATOIA +

SALPINGOFORECTOMIADERECHO, LIPECTOMIA, REDUCCION MAMARIA

ALERGIAS: NEGA

FARMACOLOGICOS: METFORMINA 850MG CON CADA COMIDA,

GLOBENCLAMIDA DESAYUNOY CENA, VERAPAMILLO 120MG/DIA, ENALAPRIL 20MG C/ 12HORAS, HIDROCLÓROTIAXIDA 25MG/DIA

TRAUMAS: NIEGA

TRANSFUSIOENS: NIEGA

FAMILIAERES: HIPOTIROIDISMO HIJA, HTA- DIABETES

MELLITUS: MADRE G3P2C0V2M0A0E1

-----OBJETIVO-----

EXAMEN FISICO

GLASGOW 15/15 TA 115//57 FC 78 FR 20 OXIEMTRIA 90% AL MEDIO AMBIENTE

CABEZA BOCA MUCOSAS HUMEDAS

CUELLO SIN MASAS NI MEGALIAS

TORAX RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS

SINSOPLOS NI AGREGADOS RUIDOS RESPIRATORIOS BIEN VENTILADOS SIN

AGREGADOS

ABDOMEN RUIDOS POSITIVOS SIN MASAS NI MEGALIAS SIN DOLOR

MIEMBROS NORMAL

NEUROLOGICO SIN DEFICIT

PACIENTE ANSIOSA DEPREIMIDA CON LLANTO FACIL ,SE SINTE

ANGUSTIADA "QUISIERA SALIR CORRIENDO NO SABE QUE AHCE CON SU

VIDA , NO LE DAN GANAS DE HACER LAS COSAS "

REPORTE DE PARACLINICOS:

** HEMÓGRAMA: WBC: 5490, N: 56%, L: 33%, HB: 15.4, HTO: 48.7 PLAQUETAS: 220.000 (NORMAL)

** CREATININA: 0.56 NORMAL

** BUN: 15.2 NORMAL

** GLUCOSA: 113 NORMAL

-----ANÁLISIS-----

IDX ESTADO DEPRESIVO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

PACIENTE CON ESTADO DEPRESIVO Y ALTERACIONES EN EL SUELO

QUE ALTERA SU FUNCIONALIDAD NOMRAL , SIN IDEAS SUICIDAS MANEJO

CONTRAZODONA , SIN MEJORIA

-----PLAN-----

SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA SE INICIA
TRAMITE REMISION

N. Identificación: 31952417

Responsable: BARRETO, SANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL