

CC 88260828 HORACIO PARRA

## Datos del Registro de Autorización

### Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato

### Causa Autorización

1. Primera Valoración

### Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 5457

### Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

### Observaciones

DIAGNOSTICOS: K30X - Q909 - Z740 INST LA ESPERANZA



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1167016

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
88260828

NUMERO

PARRA


APELLIDOS

HORACIO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1975

LOS PATIOS  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-NOV-2000 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN DAVID ESCOBAR



P-2500100-55090031-M-0088260828-20010713 0408201103A 01 102278656



Edad : 48A 5M 22D Sexo : Masculino  
 Nacimiento : 24/10/1975 Telefono : 3167404780  
 Direccion : KM 15 ALTOS DE TRAPICHE HOGAR LA ESPERANZA  
 Empresa : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR - S

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO ALERTA, TRANQUILO Y COLABORADOR EN LA ENTREVISTA

MOTIVO CONSULTA: VALORACIÓN MÉDICO DOMICILIARIA PROGRAMA DE PACIENTES CRÓNICOS

ENFERMEDAD ACTUAL : SE REALIZA CONSULTA DOMICILIARIA CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. PACIENTE ADULTO MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADO POR ENFERMERA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE DOWN Y SINDROME DE MOVILIDAD REDUCIDA, ACTUALMENTE EN VALORACIÓN DOMICILIARIA EN CONTROL DE PROGRAMA DE PACIENTES CRÓNICOS. PACIENTE SIN MEDICAMENTOS INDICADOS, EN EL MOMENTO ACOMPAÑANTE REFIEREN DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS, TOLERANDO VÍA ORAL, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, PENDIENTE. NIEGA FIEBRE, TOS, PALPITACIONES, CEFALEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, EMESIS, DOLOR, SÍNTOMAS URINARIOS O GASTROINTESTINALES U OTROS SÍNTOMAS, NIEGA TRAUMAS O CAÍDAS, NIEGA ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS. NIEGA TENSIÓN EMOCIONAL, REFIERE SEGUIR RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES INDICADAS, ESTADO ANÍMICO ESTABLE, NO CUENTA CON APOYO FAMILIAR Y ECONÓMICO, HABITA EN HOGAR LA ESPERANZA. PACIENTE QUIEN HA PRESENTADO ESTADO DE SALUD ESTABLE SIN HABER REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN NI VALORACIÓN POR URGENCIAS.

PARACLINICOS : ECOGRAFIA ABDOMINAL 16/02/23 DENTRO DE LIMITES NORMALES.

## ANTECEDENTES :

QUIRURGICOS: CUIDADORA NO REFIERE

TRANSFUSIONALES: CUIDADORA NO REFIERE

TRAUMATICOS: CUIDADORA NO REFIERE

HOSPITALIZACIONES: CUIDADORA NO REFIERE

PATOLOGICOS: SINDROME DE MOVILIDAD REDUCIDA, SINDROME DE DOWN

## REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLOGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

## SIGNOS VITALES

Peso : 54 kg	Temperatura : 36 Â°C	Presion Arterial Sistolica: 127 mmHg
Talla : 148 cm	Frecuencia Respiratoria : 18 V x Min	Presion Arterial Diastolica : 76 mmHg
I.M.C. : 24.65 kg/m2	Frecuencia Cardiaca : 88 V x Min	

## EXAMEN FISICO :

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esquelético

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal).  
 TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

## PLAN DE MANEJO :

ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL (Cantidad: 1)  
 VALORACION MENSUAL



ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL (Cantidad: 10)

TRIMEBUTINA 200 MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

NAPROXENO 250 MG TABLETA (Cantidad: 40) 1 UND CADA 12 HORAS POR 20 DIAS VÍA ORAL

DICLOFENACO 50 MG TABLETAS (Cantidad: 60) 1 UND CADA 8 HORAS POR 20 DIAS VÍA ORAL

**DIAGNOSTICO :**

K30X - DISPEPSIA - (Confirmado Repetido)

Q909 - SINDROME DE DOWN NO ESPECIFICADO

Z740 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA

**ANA LISIS :**

SE REALIZA CONSULTA DOMICILIARIA CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. PACIENTE ADULTO MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADO POR ENFERMERA CON ANTECEDENTE DESCRITOS. ACTUALMENTE EN VALORACIÓN DOMICILIARIA EN CONTROL DE PROGRAMA DE PACIENTES CRÓNICOS. ACTUALMENTE PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO VÍA ORAL, OXÍGENO AMBIENTE, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, AFEBRIL, HIDRATADO, CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, ÍNDICES OXIMÉTRICOS EN META, NO ÁLGICO, SIN MARCHA ANTÁLGICA, GLASGOW 13/15; ESCALA BARTHEL DE 35 PUNTOS PARA DEPENDENCIA FUNCIONAL SEVERA, ESCALA FAC 2 PUNTOS PARA MARCHA CON LIGERO CONTACTO DE UNA PERSONA, Y ESCALA DE ENFERMERA CON 1 PUNTO SIN CRITERIOS PARA ASIGNACIÓN DE ENFERMERÍA POR LO QUE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE PACIENTE DEBEN SER REALIZADOS PARTE DE CUIDADOR. AL EXAMEN FÍSICO CON EVOLUCIÓN ESTACIONARIA EVIDENTE COMO SE DESCRIBIÓ. PACIENTE CON EVOLUCIÓN CLÍNICA ESTACIONARIA; PENDIENTES EXÁMENES PARACLÍNICOS RIESGO CARDIOVASCULAR, CONTROL MENSUAL CON RESULTADOS, Y SE INDICAN TERAPIAS OCUPACIONALES, SE RECUERDAN MEDIDAS EN CASA PARA EVITAR CAÍDAS Y CAMBIOS DE POSTURA PARA EVITAR ÚLCERAS DE PRESIÓN, SE RECUERDA IMPORTANCIA DE ADHERENCIA AL USO DE MEDICAMENTOS CON ADECUADO HORARIO Y DOSIS INDICADAS, SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POCA INGESTA DE GRASAS Y CARBOHIDRATOS. SE EXPLICA A ACOMPAÑANTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PLAN:**

1. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA CONTROL PROGRAMA DE PACIENTES CRONICOS, CONTROL EN 1 MES
2. TERAPIAS OCUPACIONALES DOMICILIARIAS #10
3. TRIMEBUTINA 200MG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIAS
4. NAPROXENO 250MG TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR DOLOR POR 20 DIAS
5. DICLOFENACO 50MG TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR INTENSO DOLOR POR 20 DIAS
6. PENDIENTE ECOGRAFIA DOPPLER DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO
7. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

**RECOMENDACIONES:**

SE RECOMIENDA SEGUIR LAS INDICACIONES DADAS POR MEDICO, TOMAR MEDICAMENTOS TODOS LOS DIAS TAL CUAL COMO SE INDICA, CUIDADOS DE LA PIEL, PIES E HIGIENE ORAL, AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y ALIMENTOS RICOS EN FIBRA, EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE CAFEINA, SODIO, GRASAS Y ALCOHOL Y EL BAJO CONSUMO DE POTASIO. SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACION DE LA CONCIENCIA (SOMNOLENCIA)\*\*\*, CONVULSIONES, DOLOR EN EL PECHO IRRADIADO, PALPITACIONES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, MAS DE 3 VOMITOS EN 1 HORA, DIARREA (MAS DE 10 DEPOSICIONES EN 24 HORAS), NO TOLERANCIA A LA VIA ORAL, SENSACION DE MAREO, SANGRADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, INTENSO DOLOR TORACICO, PERDIDA DE SENSIBILIDAD O MOVILIDAD DE ALGUNA EXTREMIDAD, SINCOPE O DESVANECIMIENTO.

SE EDUCA SOBRE RIESGO DE CAIDAS.

SE EDUCA SOBRE EL ADECUADO LAVADO DE MANOS.

SE EDUCA SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

SE EDUCA SOBRE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE IPS CLINICAL HOUSE

SE EDUCA SOBRE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA LA ATENCION DEL USUARIO EN IPS



**IPS CLINICAL HOUSE S.A.S**



NIT: 900,752,620-8  
AV 1E 11 152 SEC QUINTA VELEZ  
TEL: 3168343174

**FORMULA MEDICA.**  
Consulta Externa

**FECHA : 12/04/2024 21:29**

**PARRA HORACIO**

**CC - 88260828**

**Edad : 48A 5M 22D**

**Sexo : Masculino**

**Nacimiento : 24/10/1975**

**Telefono : 3167404780**

**Direccion : KM 15 ALTOS DE TRAPICHE HOGAR LA ESPERANZA**

**Empresa : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR - S**

ITEM	CUPS	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	890101	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL VALORACION MENSUAL	1	UNO

**DIAGNOSTICO:** K30X DISPEPSIA  
Q909 SINDROME DE DOWN NO ESPECIFICADO  
Z740 PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA

  
**Dra. Gilary Andrea Eslava P.**  
MÉDICO GENERAL  
C.C. 1094281517  
MEDICINA GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.090.466.057**

**BLANCO RODRIGUEZ**

APELLIDOS  
**CLIDY KATHERINE**

NOMBRES  
*Katherine Blanco*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1993**

**CUCUTA**  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.52**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**16-AGO-2011 CUCUTA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2505400-01081267-F-1090466057-20190708 0066053506A 2 7585519405

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL