

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.484.000

PEÑA ISAZA

APELLIDOS
EDWIN

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1994

CURUMANI
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.40 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

18-ENE-2013 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

NO DEDO VALIDO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS IVAN GARCIA TORRES



P-2500100-00444093-M-1090484000-20130629 0033754656A 2 39559632



COMFAORIENTE IPS

CONSULTA MÉDICA

Hospitalización

INGRESO : 199408

FECHA : 05/04/2024

PEÑA ISAZA EDWIN

CC - 1090484000

Edad: 29A 4M 16D

Sexo: Masculino Teléfono: 3156797075-5892882

Nacimiento: 20/11/1994

Estado civil: Ocupación: NO APLICA

Dirección: INSTITUTO LA ESPERANZA

Empresa: COMFAORIENTE EPS-S

Tipo Afiliación: Cotizante

Acompañante:

Datos de la Consulta

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: SE VERIFICA IDENTIDAD DE PACIENTE SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL

SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ALERTA

MOTIVO CONSULTA: CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD, ES VALORADO EN COMPAÑIA DE CUIDADOR. CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA, EPILEPSIA. CUIDADORA REFIERE ASTENIA ADINAMIA OCASIONAL, ANEMIA EN SUPLENCIA CON SULFATO FERROSO. NIEGA FIEBRE, ORINA FETIDA, DOLOR ABDOMINAL, DEPOSICIONES BLANDAS O SINTOMAS RESPIRATORIOS. NIEGAN INGRESO A URGENCIAS, DEPOSICION DIARIA Y DIURESIS POSITIVA. SIN OTROS SINTOMAS. SE EVIDENCIA MARCADA DELGADEZ, TOLERA VIA ORAL, NO OTROS SINTOMAS.

PARACLINICOS : NO HAY PARA REPORTAR, AYER TOMARON LABORATORIOS, PENDIENTE RESULTADO

ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: NO APLICA

QUIRÚRGICOS: Apendicectomía

TRANSFUSIONALES: DESCONOCIDOS

TRAUMÁTICOS: no refiere

HOSPITALIZACIONES: NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION
HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS

PATÓLOGICOS: Epilepsia. Desnutrición severa y atrofia muscular, incontinencia urinaria y fecal

TOXICÓLOGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS :

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

SIGNOS VITALES

Peso : 24 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 100 mmHg

Talla : 140 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 70 mmHg

I.M.C. : 12.24 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 70 V x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Genitourinario (Anormal). USA PAÑAL DESECHABLE INCONTINENCIA MIXTA

Músculo - Esquelético (Anormal). ACIENTE CON POSTRACCION TOTAL, CON CUADRAPLEJIA, CON ESPASTICIDAD GENERALIZADA E HIPOTROFIA, POSICION DE FLEXION EN MANO IZQUIERDA PERMANENTE, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO MOVIL, PANICULO ADIPOSO DISMINUIDO

Neurología - Esfera mental (Anormal). . ALERTA, NO SE COMUNICA VERBALMENTE

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). OSTEARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

VIGILANCIA NUTRICIONAL :



CONSULTA MÉDICA

Hospitalización
INGRESO : 199408
FECHA : 05/04/2024

PEÑA ISAZA EDWIN
CC - 1090484000

Edad: 29A 4M 16D Sexo: Masculino Teléfono: 3156797075-5892882
Nacimiento: 20/11/1994 Estado civil: Ocupación: NO APLICA
Dirección: INSTITUTO LA ESPERANZA
Empresa: COMFAORIENTE EPS-S
Tipo Afiliación: Cotizante Acompañante:

Pertenece a un Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) :

PROGRAMA SAN : Ninguno

Se Brinda Educación Nutricional : ☒ SI ☐ NO

Recibe Suplementación Alimenticia :

Actividad Física : Ninguna

Calcio : ☐ SI ☒ NOHierro : ☐ SI ☒ NOSe Suministró Formula Terapéutica ☐ SI ☐ NOZinc : ☐ SI ☒ NOVitamina A : ☐ SI ☒ NOLista Para Consumir (FTLC) : ☐ SI ☐ NOSe Suministró Leche Terapéutica (FT75) : ☐ SI ☐ NOOrdena Complementos Nutricionales : ☐ SI ☐ NO

Edema Nutricional :

Cuales : COMPLEMENTACION CON ENSURE ADVANCE X
850 GR 1 TOMA 54 GR CADA 24 HRS X 90
DIAS, TOTAL LATAS: 6

Piel Reseca : ☐ SI ☐ NOCambios Pigmentarios en la Piel : ☐ SI ☐ NOLesiones del Cabello : ☐ SI ☐ NODesarrollo Motor: Aplica : ☐ SI ☐ NOSentado sin apoyo : ☐ SI ☐ NOCamina con ayuda : ☐ SI ☐ NOParado con ayuda : ☐ SI ☐ NOParado solo : ☐ SI ☐ NOGatea : ☐ SI ☐ NOCamina solo : ☐ SI ☐ NO

LACTANCIA MATERNA

Semanas Gestación : 0 Prematuro: ☐ SI ☐ NO Lactancia Materna : ☐ Exclusiva ☐ Complementaria Días : 0

Peso para la Talla

Parámetros

Peso (Kg) : 24

Talla (cms) : 140

Edad : 29A 5M

Sexo : Masculino

Desviación Estandar

☐ > +3☐ > +2 a = +3☐ > +1 a = +2☐ = -1 a = +1☐ = -2 a < -1☐ < -2 a = -3☐ < -3

Clasificación Antropométrica

☐ Obesidad☐ Sobrepeso☐ Riesgo de Sobrepeso☐ Peso adecuado para la talla☐ Riesgo de desnutrición Aguda☐ Desnutrición Aguda Moderada*☐ Desnutrición Aguda Severa*

IMC para la Edad(IMC/E)

Parámetros

IMC (kg/m2) : 12.24

Edad : 29A 5M

Sexo : Masculino

Desviación Estandar

☐ > +3☐ > +2 a = +3☐ > +1 a = +2☐ = +1

Clasificación Antropométrica

☐ Obesidad☐ Sobrepeso☐ Riesgo de Sobrepeso☐ No Aplica (Verificar con P/T)

PLAN DE MANEJO :

CONSULTA MÉDICA

COMFAORIENTE IPS.

Hospitalización

INGRESO : 199408

FECHA : 05/04/2024

Edad: 29A 4M 16D

Sexo: Masculino Teléfono: 3156797075-5892882

Nacimiento: 20/11/1994

Estado civil:

Ocupación: NO APLICA

Dirección: INSTITUTO LA ESPERANZA

Empresa: COMFAORIENTE EPS-S

Tipo Afiliación: Cotizante

Acompañante:

ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL (Cantidad: 1)

ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA (Cantidad: 7)

ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL (Cantidad: 5)

ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA (Cantidad: 5)

ACETAMINOFEN 500MG (Cantidad: 30) 1 TABL CADA 8 HORAS POR DOLOR O FIEBRE

N-ACETILCISTENIA 200MG SOBRES (Cantidad: 20) 1 SOBRES CADA 12 HORAS EN CASO DE SECRECIONES RESPIRATORIAS

ASCORBICO ACIDO TABLETA 500 MG (Cantidad: 30) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIAS

ACIDO VALPROICO 250MG CAP (Cantidad: 90) 1 CAPS CADA 8 HORAS POR 30 DIAS

SULFATO FERROSO 300MG TAB (Cantidad: 30) 1 TABL CADA 24 HORAS POR 30 DIAS EN AYUNAS

NISTATINA 100.000 U.I. / G CREMA (Cantidad: 2)) 2 TUB AL MES, APLICAR CON CADA CAMBIO DE PAÑAL

CLOTRIMAZOL 1% CREM TOP (Cantidad: 2)) 2 TUB AL MES, APLICAR CON CADA CAMBIO DE PAÑAL

CARBAMAZEPINA 200MG TAB (Cantidad: 90) 1 UNI CADA 8 HORAS POR 30 DIAS

FENITOINA SODICA 100MG TAB (Cantidad: 50) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 50 DIAS, ENTREGAR FRASCO PARA 50 DIAS

ACIDO FOLICO TAB 1 MG (Cantidad: 30) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIAS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (Cantidad: 1)

DIAGNÓSTICO :

E43X-OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

E43X-DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA NO ESPECIFICADA

R15X-INCONTINENCIA FECAL

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS. AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, PENDIENTES RESULTADOS DE LABORATORIOS. SE RENUEVA ORDEN DE FISIATRÍA. CONTINUA EN SEGUIMIENTO Y CONTROL POR EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. EVIDENCIA SEGÚN HISTORIAL CLINICO QUE EL PACIENTE TIENE MANEJO INTEGRAL DE TERAPIAS DE LARGA DATA QUE POR CONDICION NEUROLOGICA NO SE REFLEJA CLINICAMENTE UNA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TOTAL, LO QUE SE EVIDENCIA ES UNA ADHERENCIA POSITIVA QUE HACE QUE EL PACIENTE NO TENGA RETROCESO NI COMPLICACIONES DE SUS PATOLOGIAS DE BASE, POR LO ANTERIOR EXPUESTO ES IMPORTANTE INDICAR SOLO TERAPIAS DE MANTENIMIENTO. VIGENTE DE FEBRERO 2024 MIPRESS PARA PAÑALES TALLA S CADA 8 HORAS POR 3 MESES. INDICO MANEJO FARMACOLOGICO DE PATOLOGIA DE BASE. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION ADECUADA PARA LA EDAD, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR A SERVICIO DE URGENCIAS. CUIDADORA ENTIENDE Y ACEPTA.

Kharen Alessandra Verjil A.
Médica
C.C. 1033796581
MEDICINA GENERAL

VALIDA POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

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

CC 1090484000 EDWIN PEÑA ISAZA

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: G800



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1102311