

CC 1094045961 JENIFER GROSS GALVIS

## 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: F728-H913-R32X INST LA ESPERANZA



### Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 761171





## CONSULTA MÉDICA

Hospitalización

INGRESO : 199418

FECHA : 05/04/2024

GROSS GALVIS JENIFER

CC - 1094045961

Edad: 29A 3M 4D

Sexo:Femenino Teléfono: 3156797075-5892882

Nacimiento: 1/01/1995

Estado civil: Ocupación: NO APLICA

Dirección:INSTITUTO LA ESPERANZA KILOMETRO 15 TRAPICHES ANILLO VIAL

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 FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD, ES VALORADA EN COMPAÑIA DE CUIDADOR DE TURNO DEL INSTITUTO LA ESPERANZA CON ANTECEDENTE DE RETARDO MENTAL SEVERO, SORDOMUDA, CUIDADOR NIEGA SINTOMATOLOGIA ACTUAL, NIEGA INGRESO A URGENCIAS.

PARACLINICOS : NO HAY PARA REPORTAR

## ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: MENARCA 12 AÑOS

RESTO NO APORTAN CUIDADORES

QUIRÚRGICOS: NO

TRANSFUSIONALES: NO

TRAUMÁTICOS: NO

HOSPITALIZACIONES: NO

PATOLÓGICOS: DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA

SORDOMUDEZ

INCONTINENCIA URINARIA

TOXICOLÓGICOS: NO

## REVISIÓN POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUEIATRICO (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). OSTEOARTICULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

## SIGNOS VITALES

Peso : 66.7 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Talla : 162 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 70 mmHg

I.M.C. : 25.42 kg/m<sup>2</sup>

Frecuencia Cardíaca : 70 V x Min

## EXÁMEN FÍSICO :

Genitourinario (Anormal). INCONTINENCIA MIXTA USA PAÑAL DESECHABLE

Músculo - Esquelético (Anormal). MARCHA TAMBALEANTE, NO HIPOTROFIA MUSCULAR, NO DOLOR ARTICULAR

Neurológica - Esfera mental (Anormal). ALERTA, NO SE COMUNICA VERBALMENTE, COLABORA CON EL EXAMEN FÍSICO

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

## VIGILANCIA NUTRICIONAL :

## CONSULTA MÉDICA

Hospitalización

INGRESO : 199418  
FECHA : 05/04/2024

GROSS GALVIS JENIFER

CC - 1094045961

Edad: 29A 3M 4D

Sexo:Femenino Teléfono: 3156797075-5892882

Nacimiento: 1/01/1995

Estado civil: Ocupación: NO APLICA

Dirección:INSTITUTO LA ESPERANZA KILOMETRO 15 TRAPICHES ANILLO VIAL

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 : Ligera

Calcio :  SI  NO Hierro :  SI  NOSe Suministró Formula Terapéutica :  SI  NOZinc :  SI  NO Vitamina A :  SI  NO

Lista Para Consumir (FTLC) :

Ordena Complementos Nutricionales :  SI  NOSe Suministró Leche Terapéutica (FT75) :  SI  NO

Cuales :

Edema Nutricional :

---



---



---

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

## LACTANCIA MATERNA

Semanas Gestación :	0	Prematuro: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lactancia Materna : <input type="checkbox"/> Exclusiva <input type="checkbox"/> Complementaria	Días : 0
---------------------	---	--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

## Peso para la Talla

## Parámetros

## Desviación Estandar

## Clasificación Antropométrica

Peso (Kg) : 66.7

 > +3 Obesidad

Talla (cms) : 162

 > +2 a = +3 Sobre peso

Edad : 29A 3M

 > +1 a = +2 Riesgo de Sobre peso

Sexo : Femenino

 = -1 a = +1 Peso adecuado para la talla = -2 a < -1 Riesgo de desnutrición Aguda < -2 a = -3 Desnutrición Aguda Moderada\* < -3 Desnutrición Aguda Severa\*

## IMC para la Edad(IMC/E)

## Parámetros

## Desviación Estandar

## Clasificación Antropométrica

IMC (kg/m<sup>2</sup>) : 25.42 > +3 Obesidad

Edad : 29A 3M

 > +2 a = +3 Sobre peso

Sexo : Femenino

 > +1 a = +2 Riesgo de Sobre peso = +1 No Aplica (Verificar con P/T)

## PLAN DE MANEJO :



## CONSULTA MÉDICA

Hospitalización

INGRESO : 199418  
FECHA : 05/04/2024

GROSS GALVIS JENIFER

CC - 1094045961

M3

Edad: 29A 3M 4D Sexo: Femenino Teléfono: 3156797075-5892882  
 Nacimiento: 1/01/1995 Estado civil: Ocupación: NO APLICA  
 Dirección: INSTITUTO LA ESPERANZA KILOMETRO 15 TRAPICHES ANILLO VIAL  
 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)

ACETAMINOFEN 500MG (Cantidad: 30) 2 TABL CADA 8 HORAS POR DOLOR

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

VALPROICO ACIDO TABLETA O CAPSULA 250 MG (Cantidad: 90) 1 TAB CADA 8 HORAS POR 30 DIAS

DIFENHIDRAMINA 12.5MG/5ML JBE FCO\*120ML (Cantidad: 8) 8 UND, DAR 10CC CADA 8 HORAS POR 30 DIAS

TIAMINA 300MG TAB (Cantidad: 30) 1 TABL CADA 24 HORAS POR 30 DIAS

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

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

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

## DIAGNÓSTICO :

F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO

E669-OBESIDAD NO ESPECIFICADA

H913-SORDOMUDEZ NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

R32X-INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA

## ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE MANTIENE EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA, CONTINUA TERAPIAS DE MANTENIMIENTO, (SE EVIDENCIA SEGUN HISTORIAL CLINICO QUE EL PACIENTE TIENE MANEJO INTEGRAL DE TERAPIAS DE LARGA DATA QUE POR CONDICION NEUROLOGICA NO SE REFLEJA CLINICAMENTE UNA RECUPERACION 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 L, CAMBIO CADA 8 HORAS POR 3 MESES. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION ADECUADA PARA LA EDAD, PREVENCION DE ACCIDENTES. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR A SERVICIO DE URGENCIAS. ENTIENDE Y ACEPTE



