

**AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO POR
UTILIZAR EN LA IPS**

No. Autorización

Fecha y Hora: 09 Oct 2023 17:03 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS

Código: EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania

Documento: 1020823251

Nombre: MARLY TATIANA BASTO RAMIREZ

Fecha Nacimiento: 18 Feb 1997

Plan:

Dirección: CR 7C BIS 153B 35

Telefono: 0

Departamento: BOGOTA

Municipio: Bogota

Telefono Celular: 3124415209

E-Mail: MARLYTATIANABASTO@GMAIL.COM

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre: CLINICA LOS NOGALES SAS

Nit: 900291018

Código: 80899

Dirección: CL 95 23 61

Telefono: 5937073

Municipio: Bogota

Departamento: BOGOTA

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo: Llamar a solicitar autorización

Regimen: Contributivo - FOMENTO - Evento

Motivo: Ninguno

Fecha Vencimiento: 08 Oct 2024

Diagnosticos: Z30.2

Nap Anterior: 02044-2353483258

Ubicación paciente: Ambulatorio

No. Solicitud: 10092023176487

Origen Servicio: Enfermedad General

No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Código	Cant	Nombre
6622020100	1	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA Todos los conceptos - Fija

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo: Sin Cobro

Valor: 0

Semanas Cotizadas: 56

Porcentaje:

Valor Maximo:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre: Adriana.Rc

Cargo o Actividad: Cargo General

Telefono:

Telefono:

Telefono Celular:

Dirección:

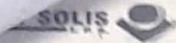
Ips que prescribe:

OBSERVACIONES

Señor Usuario no sobrecribir ni enmendar este documento copia del original impresa por: Daño de formato en la impresora.

CÓDIGO QR



**HISTORIA CLINICA****IDENTIFICACION DEL PACIENTE****Nombre:** MARLY TATIANA BASTO RAMIREZ**Fecha de Nacimiento:** 02/18/1997**Edad:** 26 Años - **Sexo:** Femenino**Teléfono Residencia:** 0**Aseguradora:** Salud Total EPS**Contrato:** 2010495 (Documento: CC 1020823251)**Dirección Residencia:** CR 7C BIS 153B 35**Ciudad Residencia:** Bogota**Tipo de Vinculación:** REGIMEN CONTRIBUTIVO**Consulta del viernes, 20 de octubre de 2023 02:13 PM en VS UME NORTH WEST**

Nombre del Profesional: Tatiana Valenciano - ANESTESIOLOGIA (Registro No. 33378709)

Número de Autorización: 02044-2358182388

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

IdentificaciónDatos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 10/20/2023 14:13:00

Datos ComplementariosDatos del Paciente

Edad: 26

Estado Civil : Soltero

Ocupación: ESTUDIANTES

Responsable del Usuario

Nombre: YANIRA RAMIREZ: 3506394683

Parentesco: Madre

Teléfono: 3124415209

Acompañante

Nombre: Ninguno

Teléfono: 3124415209

AnamnesisAnamnesis

Motivo de Consulta: PACIENTE SOLICITADA PARA OCLUSION Y ABLASION DE TROMPAS

Enfermedad Actual: TRAE PARACLINICOS DE FECHA 11/10/2023 TSH 0.7 HB GLIC 5.4 HEMOGRAMA HB 15.9 HTCTO 47.4PLAQUETAS 220
SE AUTORIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
AYUNO 8 HORAS
ASISTIR CON ROPA COMODA Y ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD
NO USO DE ACCESORIOS, NO MAQUILLAJE NO UÑAS PINTADAS
SI PRESENTA SINTOMAS GRIPALES FAVOR AVISAR PARA REPROGRAMAR .

Procedimiento Quirúrgico

Cirugía a Realizar: OCLUISON Y ABLASION DE TROMPAS VIA LAPAROSCOPICA

Revisión Por Sistemas

Organos de los Sentidos : No Refiere

Cardiopulmonar: No Refiere

Gastrointestinal:

Genitourinario: No Refiere No Refiere

Osteomuscular: No Refiere

Neurológico: No Refiere

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunoematopoyético : No Refiere

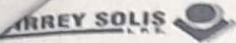
Vascular Periférico : No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

AntecedentesAntecedentes Personales

Patológicos: ESTRABISMO + HIPOGLICEMIA + MIGRAÑA + OBESIDAD . - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)

Hospitalarios: FISTULA EN OIDO Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)



Antecedentes Personales

Ocupacionales: HOGAR. - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Venereos: NIEGA ETS, (IRS:19) CS:1, MPF: IMPLANTE SUBDERMICO - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Quirúrgicos: NIEGA. - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Transfusionales: NIEGA RH B NEGATIVO - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Traumáticos: 2013: ESGUINCE EN TOBILLO DERECHO - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Perinatales: NIEGA - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Inmunológicos: COMPLETA, NO TRAE CARNE. - Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Factores de Riesgo: No Complicación Anestésica: Si

Alergias

Causa de Alergia:
Ninguna
Fecha Dilig. Causa de Alergia:
10/20/2023

Antecedentes Familiares

Madre: CARDIOPATIA Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Padre: FALLECIDO X ENCEFALITIS, abuela paterna y tias con Diabetes. Dr(a). Adriana Del Pilar Robles Carmona (10/09/2023 16:54:13)
Hermanos: 2 HERMANOS : PREDIABETES - MIGRAÑA + ESTRABISMO . Dr(a). Maria Camila Diaz Guerra (09/08/2023 19:36:15)

Vacunación

Estado vacunación Covid: Vacunado
COVID-19 1 dosis: MODERNA. Fecha COVID 1 dosis: 08/14/2021
COVID-19 2 dosis: MODERNA . Fecha COVID 2 dosis: 11/13/2021

Ginecología

Ciclos

Frecuencia: 30
Duración: 5
Tipo Ciclo: Irregulares
Ha Tenido Relaciones Sexuales: SI
Menarquia: Menarquia: SI 12
Ha tenido mas de una pareja sexual por año?: No
FUR: 08/12/2020
Ha sufrido infecciones de transmisión sexual?: No

Obstétricos

Gestaciones: Partos: Vaginales: Cesareas: Abortos: Ectópicos: Mortinatos: Vivos: Viven: Muertos 1a sem:

Muertos + 1a sem:
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Periodo Intergenesico:

Citología: SI

Citología

FUC: 10/09/2023 Calidad Muestra: Satis. Zona Transf. Presente

Resultado CCV

Reporte Citología:
NEGATIVA PARA LESION INTRAEPIT

Colposcopia: No

Biopsia Cervical

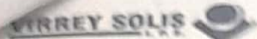
Biopsia: No

Conización: NO

Atención por Ginecóloga Oncológica: No

Familiar en 1er grado con CA de seno?: No Presenta masa en seno?: No Terapia de reemplazo hormonal?: No

Examen clínico de seno?: No



Examen Físico

Signos Vitales

Talla: UMT: Peso: UMP: INC: TAS: TAD: TAM: FC: FR: Temp: HbGI: Fecha HbGI:
1.61 Mts 82 Kg 31.6346 120 70 86 78 14 36.5 5 10/20/2023 Formulas Apoyo:

Examen Físico

Estado General: BUEN ESTADO GENERAL CONCIENTE HIDRATADA AFEBRIL

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

DTM: 6 Mallampati: II Apertura Oral : 5 Dentadura: Buena

EF Cardiopulmonar: Sin alteraciones

EF Gastrointestinal: Sin alteraciones

EF Genitourinario: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunohepatopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

Formulas

TFG

Fecha Creat:

10/20/2023

Creat:

0

TFGF:

0

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

Clasificación del Riesgo

ASA: ASA II

Clase Funcional: I

Estadio IRC: No Aplica

Finalidad Consulta: NO APLICA

Causa Externa: Enfermedad General

¿Tipifica discapacidad?: No

Días de Incapacidad: 0

Formulación NO POS en Línea

¿Formulo tecnología NO POS en línea?: No

No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (Z30.2) ESTERILIZACION

Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

Tatiana Valenciano

ANESTESIOLOGIA

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadanía

Numero de Identificación:

Registro Profesional: 33378709

Código Institucional: 2044000422

Tatiana Valenciano P
Médico Anestesiólogo
RM. 33378709

Fecha: 20 octubre 2023

Yo Marily Johana Berto Ramirez

nacido el 18/02/1997

identificado con CE 11 CE

No. 1020823251

de Bogotá DC

calidad de Paciente

por la presente, autorizo a los médicos anestesiólogos de la **CLINICA LOS NOGALES** a realizar el acto anestésico adecuado para el procedimiento quirúrgico pomeroy via toporoscopia.

declaro y certifico que he sido informado claramente por el (la) Dr. (Dra.)

Valencia NO, he comprendido satisfactoriamente, la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, acerca de los riesgos, efectos secundarios y posibles complicaciones anestésicas y perioperatorias, tales como:

- Somnolencia
- Náuseas, vómito
- Complicaciones de enfermedades preexistentes
- Edema pulmonar por presión negativa
- Globo Vesical, Estreñimiento
- Lesión dental, de labios, cornea
- Depresión Respiratoria
- Punción Vascular y flebitis
- Irritación Radicular, irritación, Meningea, convulsiones
- Lesión de cuerdas vocales, tráquea, bronquios, ronquera
- Sangrado Cerdón Espinal, Bloqueo Subdural Alto, Hernación Cerebral (con HIC)
- Recuerdos intraoperatorios
- Reacciones medicamentosas
- Déficit Neurológico
- Neuromotórax
- Dolor local o Referido
- Cefalea Post Punción
- Infección Local o Meningea o Sepsis
- Quiste Epidérmico
- Subaracnoideo, Aracnoiditis
- Neumonitis aspirativa
- Reacción a Cuerpo Extraño
- Incontinencia de Esfínteres
- Arritmia, Infarto del miocardio, paro cardíaco
- Reacciones Dermatológicas
- Exfoliativas y anafilaxia
- Muerte
- Trombosis o embolia cerebral
- Quemaduras
- Lesión de nervios periféricos
- Laringoespasma, Broncoespasma
- Hipertermia maligna
- Reacciones transfusionales
- Reacciones idiosincráticas

Por lo anterior, en forma conciente, libre, sin apremio o presión alguna, **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a los anestesiólogos de la CLINICA LOS NOGALES y al personal en entrenamiento a su cargo, a que se practique, la anestesia, la monitoria, los procedimientos invasivos y bloqueos requeridos, transfusiones, los tratamientos y los procedimientos adicionales y especiales que eventualmente se requieran y se consideren necesarios para mi recuperación y/o recuperación de mi familiar.

Hago constar que entiendo que mi tratamiento y/o procedimientos puedan no dar resultados 100% satisfactorios; me ha sido dada la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi estado, técnica anestésica y sus alternativas, se me informo que puedo requerir hospitalización, monitoria y manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos en el posoperatorio.

Manifiesto que según mis conocimientos y capacidades he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes médicos, quirúrgicos, y ginecoestéticos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, medicamentos que tomo actualmente, así como alergias y consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas.

Tengo la suficiente información al dar mi consentimiento voluntariamente, por tanto asumo toda la responsabilidad que este consentimiento y autorización entrañan y me comprometo a seguir las indicaciones e instrucciones que se prescriban en el perioperatorio (ayuno, suspensión y/o administración de los medicamentos indicados por el anestesiólogo, suspender tabaquismo u otros tóxicos, reserva de sangre y derivados, llevar paraclínicos e imágenes el día quirúrgico, y demás recomendaciones relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico), entiendo que si no las sigo mi vida o salud pueden afectarse. Se me ha informado que tengo derecho a rechazar el tratamiento y/o procedimiento y revocar este consentimiento cuando lo desee.

Solicito se respeten las siguientes condiciones: _____ (ninguna).

Certifico que esta hoja me ha sido completamente explicada, que la he leído o me la han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Marly Tatiana Busto

Paciente o persona

Responsable legalmente

C.C. No. 1020823251

Teléfono: 3124415209

Testigo

C.C. No.

Teléfono:

Dra. Tatiana A. Valencia P.
Médico Anestesiólogo
RM: 3378709
(Dra.)

DISENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO

Luego de la información brindada por el médico anestesiólogo, y en caso de que tome la decisión de no realizarse el procedimiento quirúrgico, por favor diligencie únicamente la siguiente información: **(no debe diligenciar ninguna otra parte de este formato)**

Yo, _____, identificado con número de identificación _____, habiendo sido informado(a) de la naturaleza y el riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consiente mi negación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Fecha _____ Hora _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE LEGALMENTE

No. Doc. _____

Centro
Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida

Sucursal: CPO CASTELLANA
Orden: 1246303
Paciente: BASTO RAMIREZ, MARLY TATIANA
Identificación: CC 1020823251
Género: FEMENINO
Fecha de nacimiento: 18/02/1997

Fecha toma de la muestra: 11/10/2023 08:40:36
Ubicación:
Profesional:
ID Externo: 08947-2358536356
Convenio:
Edad: 26 año/s 7 mes/es y 24 día/s

Estudio	Resultado	Intervalo biológico de referencia
---------	-----------	-----------------------------------

SECTOR: HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

WBC (GLOBULOS BLANCOS)	5.75	10 ³ /uL	(4.5 - 11.0)
NEU%	55.00	%	(50.00 - 65.00)
MONOCITOS %	7.63	%	(0.00 - 13.00)
LYM%	34.70	%	(20.00 - 35.00)
EOS%	2.28	%	(0.00 - 6.00)
BASO%	0.35	%	(0.00 - 2.00)
NEU	3.16	10 ³ /uL	(2.70 - 5.27)
LYM	2.00	10 ³ /uL	(1.50 - 3.60)
MONOCITOS	0.43	10 ³ /uL	(0.00 - 1.10)
EOSINOFILOS	0.13	10 ³ /uL	(0.00 - 0.45)
BASOFILOS	0.02	10 ³ /uL	(0.00 - 0.20)
RBC	5.23	10 ⁶ /uL	(4.50 - 6.50)
HEMOGLOBINA	<u>15.90</u>	g/dL	(12.0 - 15.5)
HEMATOCRITO	<u>47.40</u>	%	(36.0 - 46.5)
MCV	90.60	fL	(80.0 - 100.0)
MCH	30.40	pg	(27.0 - 34.0)
MCHC	33.50	g/dL	(31.8 - 36.0)
RDW	12.70	%	(12.0 - 14.0)
PLAQUETAS	220.00	10 ³ /uL	(150.0 - 450.0)
MPV	9.56	fL	(0.00 - 99.90)

MÉTODO: CITOMETRÍA DE FLUJO

Fecha y hora de la validación: 11/10/2023 21:46:21
Validó: CAMARGO,BAUTISTA ALEJANDRO

Dr. Alejandro Camargo Bautista
CC 79906056 Bact. CMDC



Centro
Policlínico del Olaya
Todo por la Salud y la Vida

Sucursal: CPO CASTELLANA
Orden: 1246303
Paciente: BASTO RAMIREZ, MARLY TATIANA
Identificación: CC 1020823251
Género: FEMENINO
Fecha de nacimiento: 18/02/1997

Fecha toma de la muestra: 11/10/2023 08:40:36
Ubicación:
Profesional:
ID Externo: 08947-2358536356
Convenio:
Edad: 26 año/s.7 mes/es y 24 día/s

Estudio	Resultado	Intervalo biológico de referencia
---------	-----------	-----------------------------------

SECTOR: INMUNOQUIMICA

HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES

TSH	0.791 mUI/mL	(0.350 - 4.940)
-----	--------------	-----------------

MÉTODO: CMA

Fecha y hora de la validación: 11/10/2023 22:05:17
Validó: RIVERA, MIRANDA AURA MILENA

HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C)

HEMOGLOBINA GLIC %	5.40 %	Pacientes No Diabéticos Menor a 5.7% Riesgo de Padecer Diabetes de 5.71 a 6.4% Pacientes Diabéticos Mayor a 6.5%
--------------------	--------	--

MÉTODO: ENZIMÁTICO

Fecha y hora de la validación: 11/10/2023 13:55:28
Validó: RIVERA, MIRANDA AURA MILENA

Aura Milena Rivera Miranda
Aura Milena Rivera Miranda
BACTERIOLOGA
U.C.M.C.
C.C. 1031150651

Dra. Aura Milena Rivera
CC 1031150651 Bact. UCMC