

GT 1229

1. Implementar en el modulo de historia de pediatría el siguiente formato estructurado:

HISTORIA CLINICA			
NOMBRE: _____			AÑOS/MESES /
NACIMIENTO: _____ / _____ / _____		LUGAR U HOSPITAL _____	
MADRE: _____		EDAD: _____	
PADRE: _____		EDAD: _____	
DIRECCION: _____			
fecha de 1er consulta _____ / _____ / _____		PRIV <input type="checkbox"/>	TEL: _____
		SEGURO <input type="checkbox"/>	
<b>NACIMIENTO Y DESARROLLO</b>			
EDAD GESTACIONAL: _____		PARTO: _____	
CONDICION DE NACIMIENTO: _____		PESO AL NACER: _____	
EGRESO DEL RN _____		ABLACTACION _____	
P: _____	G: _____	C: _____	AB: _____
CONTROL PRENATAL: _____			
ANT. MATERNOS: _____			
ANTECEDENTES PERINATALES _____			
GRUPO SANGUIENEO MATERNO _____			
GRUPO SANGUINEO Y RH _____			
ICTERICIA: _____			
<b>ALIMENTACION</b>			
LACTANCIA MATERNA: _____			
FORMULA: _____			
ALERGIAS: _____			
<b>ANT. MEDICOS:</b>		<b>VACUNAS:</b>	
MEDICOS: _____		BCG: _____	
		HEPATITIS B: _____	
		PENTA O HFXA: _____	
QUIRURGICOS: _____		ROTAVIRUS: _____	
TX Y ALERG: _____		NEUMOCOCO: _____	
		OTRAS: _____	

2. Implementar para la Reconsulta evoluciones del paciente el siguiente formato (post consultas o evoluciones) que al imprimir se visualice de esta manera:

**Diagnóstico principal** :J304 - RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA

**Diagnóstico relacionado N° 1** :J450 - ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA

**Enfermedad Actual**

Tipo de Consulta: Primera vez

Nombre de la Consulta: PRIMERA CONSULTA

Motivo de Consulta: ALERGIAS ALIMENTARIAS, ANTIALERGICOS FRECUENTES, DESDE EL COLEGIO SE ENFERMA SEGUIDO

CONGESTIÓN NASAL, TUVO SINUSITIS DIETER ERBEN DEJO TRATAMIENTO

Enfermedad Actual: ALLEGRA, INFLAVIR , SINUS RINSE D ISTAM , MOMMEX

Tipo de Parto: Cesaria

Peso al Nacer lb: 5

Peso al Nacer oz: 14

Tipo de Sangre: O+

Lactancia Materna: 3 MESES

Vacunas Previas: COMPLETAS

Antecedentes Medicos: E. COLI HACE UN AÑO

Antecedentes Alergicos: APLV

Antecedentes Familiares: MADRE ALERGIA A SULFA

Antecedentes no Patologicos: 4 PERROS

Sintomas Obstructivos: TOS AL CORRER O JUGAR

Sintomas de Sueño: RONQUIDO AL DORMIR RESPIRA CON LA BOCA ABIERTA

Examen Fisico: SIBILNACIAS

Plan: FLIXOTIDE 125 BID RINOVAL VENTOLIN PREDNABENE TUSITOS -- ZIVAL FORTE PRUEBAS DE ALERGIA EN PIEL

Que se implemente solo con los siguientes campos:

Reconsulta / Evolucion:

Motivo de consulta:

Historia de la enfermedad:

Signos vitales:

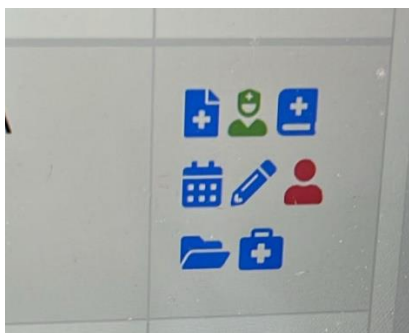
Examen físico:

Plan de diagnóstico:

Laboratorios o exámenes:

Medicamentos prescritos:

Este formado de reconsulta crearle un acceso directo como el de las evoluciones, la dra actualmente no tiene evoluciones



3. Dejar implementado y estructurado la plantilla de impresión de historias clínicas como la anexada con los datos de la doctora – logo, firma, encabezado con respectiva hora y fecha:

		Neumólogo Pediatra Colegiado: 13,859
<b>Nombre:</b> EMILIANO RUBIO MURILLES		
<b>F.Nacimiento:</b> 2021-04-06	<b>Edad:</b> 3 Años, 7 Meses.	
<b>Residencia:</b>	<b>EPS:</b>	
<b>Teléfono:</b> 50350190349	<b>Genero:</b> Masculino	

### Historia Clínica

**Diagnóstico principal:** J304 - RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA

**Diagnóstico relacionado N° 1:** J450 - ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA

#### Enfermedad Actual

Tipo de Consulta: Primera vez  
Nombre de la Consulta: PRIMERA CONSULTA  
Motivo de Consulta: ALERGIAS ALIMENTARIAS, ANTIALERGICOS FRECUENTES, DESDE EL COLEGIO SE ENFERMA SEGUIDO CONGESTIÓN NASAL, TUVO SINUSITIS DIETER ERBEN DEJO TRATAMIENTO  
Enfermedad Actual: ALLEGRA, INFLAVIR, SINUS RINSE O ISTAM, MOMMEX  
Tipo de Parto: Cesaria  
Peso al Nacer lb: 5  
Peso al Nacer oz: 14  
Tipo de Sangre: O+  
Lactancia Materna: 3 MESES  
Vacunas Previas: COMPLETAS  
Antecedentes Medicos: E. COLI HACE UN AÑO  
Antecedentes Alergicos: APLV  
Antecedentes Familiares: MADRE ALERGIA A SULFA  
Antecedentes no Patologicos: 4 PERROS  
Síntomas Obstructivos: TOS AL CORRER O JUGAR  
Síntomas de Sueño: RONQUIDO AL DORMIR RESPIRA CON LA BOCA ABIERTA  
Examen Fisico: SIBILNCIAS  
Plan: FLIXOTIDE 125 BID RINOVAL VENTOLIN PREDNABENE TUSITOS -- ZIVAL FORTE PRUEBAS DE ALERGIA EN PIEL

#### Signos vitales y medidas antropométricas

Peso Corporal: 34

#### Exámenes

##### Exámenes

##### Laboratorios

1	Pruebas de alergia en piel
---	----------------------------

#### Plan de manejo

Plan de Manejo : FLIXOTIDE 125 BID RINOVAL VENTOLIN PREDNABENE TUSITOS -- ZIVAL FORTE PRUEBAS DE ALERGIA EN PIEL

4. . Dejar implementado y estructurado la plantilla de impresión para medicamentos, exámenes y certificados como la anexada con los datos de la doctora – logo, firma, encabezado con respectiva hora y fecha y pie de pagina:



Little Heroes

Dr. José Miguel Leal

Neumólogo Pediatra Col.13839

Nombre: LINDA MAHELY GALINDO GONZALEZ

Fecha: 2024-08-21 Peso: 329 Libras

**RP.**

Nombre: <u>AUTROMONINA 500 MG</u>	Indicaciones:
Presentación: <u>Tableta</u>	Indicaciones Generales:
Vía de Administración:	
Composición:	
Cantidad: <u>1</u>	
Dosis: <u>1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS</u>	

Nombre: NEUPRED 20MG

Presentación: Tableta

Vía de Administración: Oral

Composición: PREDNISOLONA 20MG

Cantidad: 1

Dosis: 1 tableta oral cada 12 horas por 5 días

Indicaciones:

Indicaciones Generales:

Wla. Avenida De la O 200a y M. Piedad III, Colonia 4022  
Tel: +522 2682 7141  
Correo: jmlmiguellal@gmail.com

