

Ajustes para el sistema

1. Agregar un campo abierto en admisión al lado de dirección que diga Localidad o Barrio y que este campo lo arrastre también a los datos de paciente dentro de la historia clínica y en la impresión de la historia

Formulario de Admisión:

Ciudad Residencia Bogota, d.c.	Nacionalidad COLOMBIANA	
Zona Residencial Urbana	Correo Electrónico calidaddeprueba@gmail.com	
Dirección CLL 15 #30-56	Género Otro	
Estado Civil Soltero(a)	Tipo de Sangre O POSITIVO	
¿Es Donante? No	Ocupación INDEPENDIENTE	
Nivel de Educación Básica Secundaria	Indicativo 57 - Colombia	
Teléfono 3102188376	Número WhatsApp 3102188376	
Celular 3102188376	Autoriza recibir notificaciones vía WhatsApp (Habeas Data)	

que se visualice aquí en la historia y también en la impresión

Datos personales

 PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA	
Ciudad : Bogota, d.c. Fecha : 2025-04-07 10:12:59 Nombre : PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA Tipo Documento: CC Número Documento : 391015 Fecha de Nacimiento : 1995-12-08 Nacionalidad : COLOMBIANA Edad : 29 Años. Alergias a las aines : No HTA : No Hipotiroidismo : No Licor : No Cirugías : No Asma : No Diabetes : No Tabaquismo : No Otras Alergias : No	Género : O Ocupación : INDEPENDIENTE Dirección : CLL 15 #30-56 Zona : Urbana Teléfono : 3102188376 Celular : 573102188376 Estado Civil : Soltero(a) Nombre del Acompañante : xxxx Telefono del Acompañante : Dirección del Acompañante : Nombre del Responsable : PACIENTE DE PRUEBA Telefono del Responsable : 11111111 Dirección del Responsable : xxxxxx Parentesco del Responsable : Madre Entidad de Salud : SALUD TOTAL

2. Que se visualice el campo de tipo de afiliado que esta en creación de paciente en la parte de historia clínica e impresión al lado de donde dice entidad de salud

 PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA	
Ciudad : Bogota, d.c. Fecha : 2025-04-07 10:12:59 Nombre : PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA Tipo Documento: CC Número Documento : 391015 Fecha de Nacimiento : 1995-12-08 Nacionalidad : COLOMBIANA Edad : 29 Años. Alergias a las aines : No HTA : No Hipotiroidismo : No Licor : No Cirugías : No Asma : No Diabetes : No Tabaquismo : No Otras Alergias : No	Género : O Ocupación : INDEPENDIENTE Dirección : CLL 15 #30-56 Zona : Urbana Teléfono : 3102188376 Celular : 573102188376 Estado Civil : Soltero(a) Nombre del Acompañante : xxxx Telefono del Acompañante : Dirección del Acompañante : Nombre del Responsable : PACIENTE DE PRUEBA Telefono del Responsable : 11111111 Dirección del Responsable : xxxxxx Parentesco del Responsable : Madre Entidad de Salud : SALUD TOTAL

3. Eliminar de la historia clínica:

Persona en contacto en caso de emergencia y datos del acompañante, puesto que esta información ya la traen los datos de admisión en la parte de arriba y se visualiza en la historia

Persona contacto en caso de emergencia			
Nombre Completo		Dirección	
PACIENTE DE PRUEBA		XXXXXX	
Celular		Parentesco	
11111111		Madre	
Datos del acompañante			
Nombre Completo		Dirección	
XXXX		XXXX	
Celular		Parentesco	
1232345678		Hermanos	

Eliminar objetivo trazados por el cliente, dado que esta parte no es utilizada por el centro medico



Eliminar el campo de autorización

Autorización

4. Que dentro de la historia arriba del campo de impresión diagnostica salga espacio para colocar el CIE10 Del paciente, que quede el registro de este en la historia clínica

5. Que el ver completo incluya la siguiente estructura:

La misma plantilla de impresión que la de la historia clínica con el encabezado.

Los datos sociodemográficos del paciente completos como se visualiza en la hc normal de esta manera:

Ciudad: Bogota, d.c.	Género: O	Nombre del Acompanante: xxxx
Fecha: 2025-04-07 10:12:59	Ocupación: INDEPENDIENTE	Telefono del Acompanante:
Nombre: PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA	Dirección: CLL 15 #30-56	Dirección del acompañante:
Tipo de Documento: CC	Zona: Urbana	Nombre del Responsable: PACIENTE DE PRUEBA
Número Documento: 391015	Telefono: 3102188376	Telefono del Responsable: 11111111
F.Nacimiento: 1995-12-08	Celular: 3102188376	Direccion Responsable: xxxx
Nacionalidad: COLOMBIANA	Estado Civil: Soltero(a)	Parentezco del Responsable: Madre
Edad: 29 Años.	Entidad de Salud: SALUD TOTAL	Motivo de consulta : xxxxxxxxxxxxxxxxx

debajo de los datos del paciente que se visualice en el siguiente orden:

historia numero xxx

exámenes, medicamentos etc de esa historia

evoluciones de esa historia

al final consentimientos generados de ese paciente

que todo incluya su respectiva fecha

Que las evoluciones esten con firma nombre y registro medico del doctor

Que los consentimientos aparezcan con firma nombre y registro medico del doctor y firma del paciente

6.Eliminar el ver completo evoluciones puesto que indican que con el ver completo es suficiente y necesitan que salga toda la información de lo que se le ha hecho al paciente junto



7. Enviar un manual u video instructivo de la plataforma con los cambios actualizados

8. Revisar de que manera se puede implementar dado que se requiere un reporte que emita un Excel o documento donde se pueda filtrar por mes y ver todos los ver completo que este documento indique si están ingresando bien la información o si faltan datos firmas etc o por lo menos que se pueda visualizar todo para internamente revisar si la información la están tratando bien (módulo o base de reporte integrado que incluya los indicadores de citas programadas, citas asistidas, no asistidas, por periodo de tiempo, fecha de atención, CIE-10, CUPS, firmas (si-no), datos sociodemográficos, entre otros.)

9. Enviar cotización formal del WhatsApp personalizado a detalle a la doctora