

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: _____
SEGUNDO <input type="checkbox"/>			
NACIMIENTO Y DESARROLLO			
EDAD GESTACIONAL:	PARTO:		
CONDICION DE NACIMIENTO:	PESO AL NACER:		
EGRESO DEL RN	ABLACTACION		
P:	G:	C:	AB: CONTROL PRENATAL:
ANT. MATERNOS:			
ANTECEDENTES PERINATALES			
GRUPO SANGUINEO MATERNO			
ICTERICIA:	GRUPO SANGUINEO Y RH		
ALIMENTACION			
LACTANCIA MATERNA:	FORMULA:		
ALERGIAS:			
ANT. MEDICOS:	VACUNAS:		
MEDICOS:	BCG:		
QUIRURGICOS:	HEPATITIS B:		
TX Y ALERG:	PFNTA O HFXA:		
	ROTAVIRUS:		
	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 Nº 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 Obstrutivos: 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:

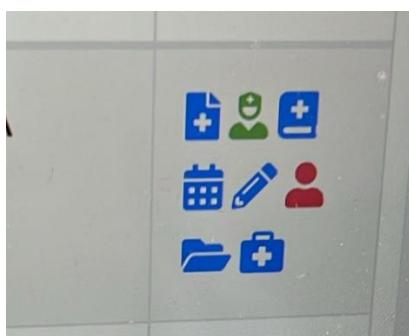
Examen fisico:

Plan de diagnóstico:

Laboratorios o exámenes:

Medicamentos prescritos:

Este formato 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:



Néumólogo Pediatra
Colegiado: 13,859

Nombre: EMILIANO RUBIO MURALLES

F.Nacimiento: 2021-04-06 **Edad:** 3 Años, 7 Meses.

Residencia: **EPS:**

Teléfono: 80250190349 **Género:** Masculino

Historia Clínica

Diagnóstico principal: J304 - RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

Diagnóstico relacionado N° 1: J450 - ASMA PREDOMINANTEMENTE ALÉRGICA

Enfermedad Actual

Tipo de Consulta: Primera vez
Nombre de la Consulta: PRIMERA CONSULTA
Motivo de Consulta: ALÉRGIAS ALIMENTARIAS, ANTIALÉRGICOS FRECUENTES, DESDE EL COLEGIO SE ENFERMA SEGURO CONGESTIÓN NASAL, TUVO SINUSITIS DIETER ERBEN DEJÓ 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 Médicos: E. COLI HACE UN AÑO
Antecedentes Alérgicos: APLV
Antecedentes Familiares: MADRE ALÉRGIA A SULFA
Antecedentes no Patológicos: 4 PERROS
Síntomas Obstructivos: TOS AL CORRER O JUGAR
Síntomas de Sueño: RONQUIDO AL DORMIR RESPIRA CON LA BOCA ABIERTA
Examen Físico: SIBILINACIAS
Plan: FLIXOTIDE 125 BID RINOVAL VENTOLIN PREDNABENE TUSITOS -- ZIVAL FORTE PRUEBAS DE ALÉRGIA 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 ALÉRGIA 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:

Dr. José Miguel Leal

Little Heroes **Neumólogo Pediatra Col. 13859**

Nombre: LINDA MAHELY GALINDO GONZALEZ

Fecha: 2024-08-21 Peso: 129 Libras

RP.

Nombre: AZTROMIDINA 500 MG
Presentación: Tableta
Uso de Administración: Oral
Composición: PREDnisolona 20MG
Cantidad: 1
Dosis: 1 TABLETA CADA 36 HORAS POR 5 DIAS

Indicaciones:
Indicaciones Generales:

Nombre: HIJUEGO 20MG
Presentación: Tableta
Uso de Administración: Oral
Composición: PREDnisolona 20MG
Cantidad: 1
Dosis: 1 tabletta oral-cada 12 horas por 5 dias

Indicaciones:
Indicaciones Generales:



MAIL: josemiguelleal10@gmail.com
TEL: 7542930827 WhatsApp
correo: drjosemiguelleal@gmail.com