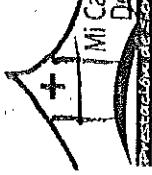




ANEXO TECNICO No: 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

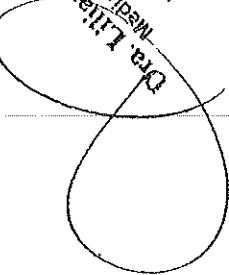
		NUMERO DE SOLICITUD	AG 0001	Fecha:	01/04/2018	Hora:	07:00AM
Nombre del prestador	230010172701	IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA 900653844-6		Dirección del Prestador	CL 30 No 12 - 05		
Código	3104110695	Departamento:	CORDOBA	23	Municipio:	MONTERIA	001
Teléfono	Numero	SALUD VIDA		CODIGO:	EPS033		
ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACIÓN		DATOS DEL PACIENTE					
HERNANDEZ 1er. APELLIDO		VEGA 2do. APELLIDO	PAOLA 1er. NOMBRE	CECILIA 2do. NOMBRE			
Tipo de Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar <input type="checkbox"/> Menor sin Identificar		50919775 Número de Documento de Identificación Fecha de Nacimiento: 10/04/1978			
Dirección de residencia Habitual:		NO INFORMA		Teléfono:		3217423551	
Departamento	CORDOBA	23	Municipio	MONTERIA	001	Teléfono celular	3216557396
Correo electrónico							
Cobertura en Salud							
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Total		<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Parcial <input type="checkbox"/> Población Pobre No Cubierta		<input type="checkbox"/> Población Pobre No Sisbenizada <input type="checkbox"/> Desplazado		<input type="checkbox"/> Planes Adicionales de salud <input type="checkbox"/> OTRO. Cual?	
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS							
ORIGEN							
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional		<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito		<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico			
TIPO DE SERVICIO							
<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias <input type="checkbox"/> Servicios Electivos		<input type="checkbox"/> Prioridad de la Atención <input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No Prioritaria					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización							
<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias		<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización		Servicio	HOSPITALIZACION DOMICILIARIA		Cama
Manejo Integral según guía de:							
Código CUPS		Cantidad	Descripción				
1	SV000012	30	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA AUXILIAR 12 HORAS URBANO				
2	890101	1	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL VER ORDENES MEDICAS ANEXADAS EN LA HISTORIA				
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Justificación Clínica:		PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD, INGRESA AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, PARA CONTINUAR TRATAMIENTO.					
Impresión Diagnóstica							
Diagnóstico principal		CIE 10	Descripción				
Diagnóstico relacionado 1		G360	PARAPLEJIA ESPASTICA				
Diagnóstico relacionado 2		G821					
		IROMIELITIS OPT					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA							
Profesional que solicita:		LILIANA DEL CARMEN CORREA		Teléfono:	7894339		
Nombre		MEDICO R.M. 5-2015		Número			
Cargo				Teléfono celular			

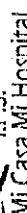


	I.P.S. Mi Casa Mi Hospital De La Sabana	Fecha 03/03/2015	Año 2015
		Mes Marzo	Día 03
Nombre: Faustina Gómez		Identificación: 80919372	
<p>Sobre la roca de Jesucristo</p>			

Tacca speciosa
Dhia.

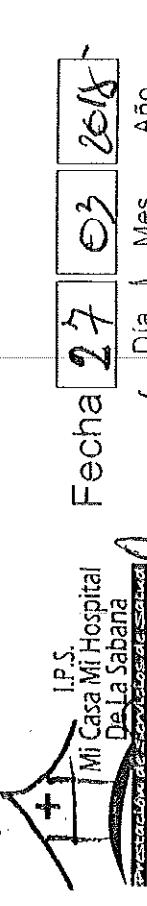
Dra. Liliam Correa A
Medicina Estética
U. Metropolitana

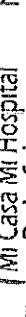


	I.P.S. Mi Casa Mi Hospital De la Sabana	Fecha 27 03 2018	Día Mes Año
Nombre: Vado Encuentro Velas.		Identificación: 50519375	
 Sobre la localidad:			

as. Cidelsa 12 Hrs C
Cidelsa 12 Hrs C

*U.S. Patent Office
Serial No. 5-20115
Filed Oct. 1, 1935*



I.P.S.	Mi Casa Mi Hospital	Fecha 27	03
+ 	De La Sabana	Día	Mes
 Soy la persona que firmo:		Vaca Anunciará Vaca 50919775	
Nombre:		Identificación:	

Tacca speciosa
Dhia.

Dr. Lillian Cott
Medico-Chirurgie
Métopidoxine 5-2015
Umetopidoxine



Fecha 27 03 2018

Día Mes Año

Nombre: Paola Jimenez Vega

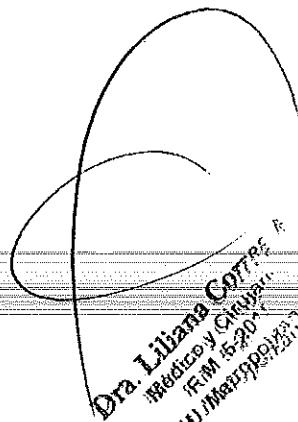
Identificación: 50919 775

R1

ss. Visita pediátrica

obliviosa

muy sál.



EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

ABRIL

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

4:30PM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

27/02/2018 7:00AM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

4:30PM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

28/02/2018 7:00AM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

4:30PM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

15/03/2018 VALORO PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON DOLOR INTENSO EN REGION DE CADERA

EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Código 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

Usuario	CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA
---------	--

FECHA	DESCRIPCION
-------	-------------

IZQUIERDA.DIAGNOSTICO CONOCIDOS:
TUMOR EN MEDULA ESPINAL
PARAPLEJIA SECUELA
VEJIGA NEUROPATHICA NO INHIBIDA.
IVU REINCIDENTE

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL.

TA: 120/70 FC: 70 FR: 20 T : 36.^o
NORMOCEFALO, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.
TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. PERISTALSIS POSITIVA.
GU NO CONTROL DE ESFINTERES, CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS.
EXTREMIDADES PARAPLEJIA, NO RIGIDEZ, MIEMBROS INFERIORES HIPOTROFICOS.
FRANCO DOLOR A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION

SNC ORIENTADA, CONSCIENTE, PARAPLEJIA.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

PACIENTE CON POSIBLE COXARTROSIS DE CADERA, TENIENDO EN CUENTA A DEMAS SU ANTECEDENTE DECIDO ORDENAR:

- * RX DE CADERAS COMPARATIVAS AP Y LATERAL (PRIORITARIO)
- * VALORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA
- * VALORACION POR NEUROLOGIA
- * ANALGESICO VIA ORAL

DOY SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE ACUDIRA AL SERVICIO DE URGENCIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN JIMENEZ JURREA

27/03/2018 PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD, QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON ENFERMERIA 12 HORAS, TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE: TUMOR EN MEDULA ESPINAL

PARAPLEJIA SECUELA

VEJIGA NEUROPATHICA NO INHIBIDA.

IVU REINCIDENTE

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL.

TA: 110/70 FC: 70 FR: 20 T : 36.^o
NORMOCEFALO, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.
TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. PERISTALSIS POSITIVA.
GU NO CONTROL DE ESFINTERES, CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS.
EXTREMIDADES PARAPLEJIA, NO RIGIDEZ, MIEMBROS INFERIORES HIPOTROFICOS. DOLOR A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION
SNC ORIENTADA, CONSCIENTE, PARAPLEJIA.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

ESCALA DE BARTHES: PACIENTE INDEPENDIENTE PARA VESTIRSE, COMER, NO CONTROLA

EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA	DESCRIPCION
-------	-------------

ESINTERES, ES DEPENDIENTE PARA TRASLADARSE DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS,
NO DEAMBULA, SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS
PIUNTA IE DE 35 DEPENDENCIA GRAVE

PACIENTE QUIEN CONTINUA EN EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA ASI:

- * CUIDADOS DE ENFERMERIA 12 HORAS POR UN MES
 - * TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS # 20
 - * VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL

~~Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA~~

Lillian Correa A.
City Library
May 5, 2015
Joplin Carnegie

FORMATO 1.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DE CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Fecha de elaboración: 30-04-2015
 Nombre: Yolanda Hernandez Identificación: 50919375
 Entidad Aseguradora: SALUD VIVA Edad _____

Diagnóstico:

Talos medicos Espina /
 Pre-epileptica secuelas + lesión Neuropática

Ítems a Evaluar	Estándar	Puntos Evaluados
1. ACTIVIDADES BASICAS		
Monitoreo estándar, Registro de Signos vitales (TA, FC, FR, T°C, SpO2)	3	3
Medicamentos intravenosos múltiples, más de un medicamento, en bolo o infusión	3	
2. APOYO VENTILATORIO		
Ventilación mecánica invasiva	5	
Ventilación mecánica no invasiva	2	
Oxígeno suplementario con FiO2 mayor 35%	2	
Oxígeno suplementario con FiO2 menor al 35%	1	
Cuidados de traqueotomía	2	
3. APOYO CARDIOVASCULAR		
Administración intravenosa de grandes dosis de líquidos.	3	
Catéter venoso central, catéter PIC	2	
4. APOYO RENAL		
Mediciones cuantitativas del gasto urinario, catéter vesical	3	
5. APOYO METABOLICO		
Nutrición parenteral	5	
Alimentación enteral por sonda nasogástrica, gástrico-intestinal y/o yeyunostomía	3	
6. INTERVENCIONES ESPECIFICAS		
Curaciones	1	
Administración de medicamentos de protocolo especial. (Aplica para aquellos medicamentos que puedan generar abuso y dependencia (morfina-hidromorfona-meperidina-metadona-metilfenidato-fenobarbital, benzodiacepinas)	2	
Manejo de sondas catéteres y drenes	3	3
Manejo de abdomen abierto	4	
TOTAL		6

CLASE	PUNTOS	DISTRIBUCION
I	Mayor de 30	Auxiliar de enfermería permanente + seguimiento por enfermería profesional

Índice de Barthel. Actividades Básicas de la vida diaria

Variable	Puntos		
COMER			
Independiente: Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable	10		
Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo	5		
Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona	0		
VESTIRSE			
Independiente: Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda	10		
Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5		
Dependiente	0		
ARREGLARSE			
Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otro persona	5		
Dependiente: Necesita alguna ayuda	0		
DEPOSICIÓN			
Continente: Ningún episodio de incontinencia	10		
Accidente Ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios	5		
Incontinente	0		
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)			
Continente: Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si solo.	10		
Accidente Ocasional: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos	5		
Incontinente	0		
IR AL RETRETE			
Independiente: Entra sale y sólo y no necesita ayuda de otra persona	10		
Necesita ayuda: Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5		
Dependiente: Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor	0		
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)			
Independiente: No precisa ayuda	15		
Minina ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física	10		
Gran ayuda: Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	5		
Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de mantener sentado	0		
DEAMBULACIÓN			
Independiente: Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.	15		
Necesita ayuda: Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.	10		
Independiente: (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión	5		
Dependiente	0		
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona	10		
Necesita ayuda	5		
Dependiente: Incapaz de subir escalones	0		
< 20 Dependencia alta	20-40 dependencia grave	45-55 moderada	60 o más: leve

Dependencia Grave

40

II	30 - 25	Auxiliar de enfermería permanente
III	24 - 20	Auxiliar de enfermería 12 horas para cuidados de educación y administración de medicamentos. Evaluar número de días requeridos.
IV	19 - 15	Auxiliar de enfermería 6 horas o eventos para cuidado educación y administración de medicamentos evaluar número de días requeridos

Nota: Se debe evaluar cada caso de forma integral y específica.

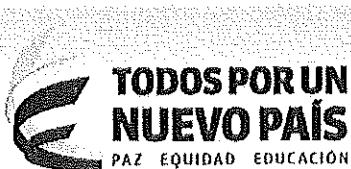
OBSERVACIONES:

paciente sin altos ni bajos. Poco dolor
 de enfermería permanentemente, regresó visto
 de enfermería a su casa (no trabajar)
 Estimado paciente, refiere celiácia. Poco
 dolor

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Es condición indispensable para la prestación del servicio la presencia de un cuidador responsable del paciente durante toda la prestación del servicio.

Dr. J. H. M. M. M. M. M.
 Méjico D. F. 2010
 Centro de Salud



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	50919775
NOMBRES	PAOLA CECILIA
APELLIDOS	HERNANDEZ VEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión: 04/04/2018 09:49:14 Estación de origen: 190.147.129.170

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se



IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
NI 900653844-6 Código : 2300101727
CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

ADmisión No.

8751

Fecha impresión 04/04/2018
Hora de impresión 02:39:51 p.m.

Información Usuario

Identificación	50919775	HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA	Sexo	FEMENINO
Dirección	VILLA SORRENTO MZ 5 LT 10		Fecha Nacimiento	10/04/1978
Municipio	MONTERIA		Edad	
Departamento	CORDOBA		Estado Civil	SIN DATOS
Empresa	SIN DATOS		Teléfono	3112610353
Teléfono	3112610353		Zona	URBANA
Ocupación	SIN DATOS			

Fecha de Ingreso 04/04/2018 Hora de Ingreso 02:31

Remitido de

Medico

Servicio

Ubicación	Pabellon	Cuarto	Cama
-----------	----------	--------	------

Observaciones

CUIDADOS DE ENFERMERIA 12 HORAS MES DE ABRIL

Entidad de Afiliacion

SALUDVIDA		Tarifario	SALUDVIDA
Dirección	CALL 28 CAR3 ESQUINA	Nivel socioeconómico	1
Teléfono	7817510	Autorización No.	
Contrato	EVENTO	Poliza No.	
Tipo Afiliado	CONTRIBUTIVO		

Datos Familiares

En caso de Urgencia avisar a	SIN DATOS	Teléfono	3112610353
Conyuge	SIN DATOS	Ocupación	SIN DATOS
Nombre del Padre	SIN DATOS	Nombre de la Madre	SIN DATOS

Firma del Usuario

MELINA MERCADO

Admitido por



CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS,
DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL

CÓDIGO:
FGDO-022
VERSIÓN: 01
EMISIÓN:
02/02/2016
PÁGINA:
1 de 1

CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO
DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

FECHA DE ENTREGA: 30-04-18
NOMBRE DEL PACIENTE: Paola Cecilia Hernandez Vega
IDENTIFICACION: 50.919.775
E.P.S: Salud Vida

Yo, Paola Hernandez Vega, identificado con C.C. Numero: 50.919.775 Sobreando en nombre propio como paciente y/o cuidador del paciente citado en el encabezado de este documento, recibo conforme los medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos relacionados a continuación.

No	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS
	Ibuprofeno 500 mg	Tubo 500cc			4
					3.

No	DISPOSITIVOS MEDICOS	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS
	Sonda rectal 12 mm			30	160
	Guantes esteri			30	160

No	PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO REALIZADOS	TOTAL TRATAMIENTOS RECIBIDOS
	Cuidados de enfermeria 12h Valoracion Medico General		30 30	30 1.

COMENTARIOS:

Paola Hernandez Vega

FIRMA DE PACIENTE Y/O CUIDADOR QUE CERTIFICA LOS SERVICIOS
Número de C.C. 50.919.775

EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Código 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA CON MASAJE SEDATIVO EN MIEMBRO INFERIOR, MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSICAL EN MIEMBROS SUPERIORES. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

4:30 PM

PACIENTE ALERTA, CONSENTE, A LA VISITA DOMICILIARIA SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA CON MASAJE SEDATIVO EN MIEMBRO SUPERIOR. EL PTE SE PRESENTA DOLOR POR TAL MOTIVO SOO SE LE TRABAJA MIEMBRO SUPERIOR.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

16/03/2018 7:00 AM

PACIENTE EN SU DOMICILIO, NO SE LE REALIZA TERAPIA FISICA, FUE ATENDIDA POR LA DRA LILIANA CORREA, SE LE SUSPENDE LAS TERAPIAS FISICAS HASTA LA REALIZACION DE UNA RX DE CADERA. PACIENTE QUEDA ESTABLE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑIA DE ENFERMERIA.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

14/04/2018 PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON ENFERMERIA 12 HORAS, TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE:
TUMOR EN MEDULA ESPINAL
PARAPLEJIA SECUELAR
VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA.
IVU REINCIDENTE

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SINBTOMATOLOGIA URINARIA, CULMINO TRATAMIENTO ORAL CON ANTIBIOTICOS HACE 10 DIAS POR TAL MOTIVO ORDENO:

* UROCULTIVO CON ANTILOGRAMA DE CONTROL POS-TRATAMIENTO

* VALORACION POR UROLOGIA CON RESULTADOS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

30/04/2018 PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON ENFERMERIA 12 HORAS, TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE:
TUMOR EN MEDULA ESPINAL
PARAPLEJIA SECUELAR
VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA.
IVU RECURRENTE EN TRATAMIENTO

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL.

TA: 100/70

FC: 72

FR: 20

T : 36.^o

NORMOCEFALO, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.
TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS.

EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Código 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

Usuario	CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA
FECHA	DESCRIPCION

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. PERISTALISIS POSITIVA.
GU NO CONTROL DE ESFINTERES, CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS.
EXTREMIDADES PARAPLEJIA, NO RIGIDEZ, MIEMBROS INFERIORES HIPOTROFICOS.DOLOR
A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION
SNC ORIENTADA, CONSCIENTE, PARAPLEJIA.
SE DAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE
URGENCIAS.
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE INDEPENDIENTE PARA VESTIRSE, COMER, NO CONTROLA
ESFINTERES, ES DEPENDIENTE PARA TRASLADARSE DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS,
NO DEAMBULA, SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS
PUNTAJE DE 35. DEPENDENCIA GRAVE
PACIENTE QUIEN CONTINUA EN EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA ASI:
* CUIDADOS DE ENFERMERIA 12 HORAS DIARIAS POR UN MES
* TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA # 12
* VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL DEL MES DE MAYO DE 2018

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

Liliana Correa
Dra. Liliana del Carmen Correa
Medicina General y Especialista en Geriatría