

SANDRA MELO PEREZ

Fecha de Nacimiento: 17.07.1983

Convenio: FAM COLS EVENTO

Centro medico: CL CIUDAD ROMA

Tipo Identificación: CC

Edad: 35 Años 02 Meses 03 días

Episodio: 0037018313

Número Identificación: 52778796

Sexo: F

No. Habitación:

Tipo de Registro: Evolución

Fecha: 20.09.2018

Hora: 06:39:26

-----SUBJETIVO-----

SANDRA MELO PEREZ

Fecha de Nacimiento: 17.07.1983

Convenio: FAM COLS EVENTO

Centro medico: CL CIUDAD ROMA Tipo Identificación: CC

Edad: 35 Años 02 Meses 03 días

Episodio: 0037018313 Número Identificación: 52778796

Sexo: F

No. Habitación: 01CONSULTORIO 211

-----OBJETIVO-----

ORL: NORMAL

BOCA HUMEDA. FARINGE Y AMIGDALAS LIGERAMENTE ERITEMATOSAS. NO SE OBSERVAN EXUDADOS PURULENTOS.

TORAX NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO, VENTILADO. RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS. ABDOMEN PLANO, BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, LIGERAMENTE HIPERDINÁMICOS. LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA. LEVEMENTE TIMPANICO A LA PERCUSION DE MANERA GENERAL. NO SE EVIDENCIAN MASAS INTRAABDOMINALES. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

EXAMEN NEUROLÓGICO: FUNCIÓN MOTORA Y SENSITIVA NORMAL. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE COMPROMISO CEREBELOS, DEFICIT NEUROLOGICOS, O DE FOCALIZACION. PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES. FONDO DE OJO NORMAL BILATERALMENTE. REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS II/IV EN CUATRO EXTREMIDADES. FUERZA MUSCULAR CONSERVADA. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE IRRITACIÓN MENINGEA.

MENTAL: ORIENTADA EN TRES PLANOS, PACIENTE CON LABILIDAD EMOCIONAL, NO TAQUIPSIQUIA, NO VOCABULARIO BIZARRO.

-----ANÁLISIS-----

PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN (FECHA:20-09-2018

OCUPACION:GUARDA

TEL:3202621157

VIAJE RECIENTE: NIEGA

PACIENTE FEMENINO DE (35) AÑOS DE EDAD, QUIEN CONSULTA POR PRESENTARDESDE HACE (7) DIAS, CEFALEA (FRONTOOCCIPITAL, INTERMITENTE,), DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD, , NO CEDE COMPLETAMENTE CON ANALGESICOS, Y SE ACOMPAÑA DE , NAUSEAS, SENSACION DE OPRESION TORACISA Y SENSACIO DE ANGUSTION, REFIERE FALLECIMIENTO DE MADRE HACE MENOS DE UN MES. LA PACIENTE TRAE UN EKG QUE MUESTRA TRAZADO DENTRO DE LIMITES NORMALES. AL REINTERROGATORIO LA PACIENTE REFIERE IDEACION SUICIDA Y COGER UN ARMA DE FUEGO Y JUGUETEAR CON LA IDEA.), AL EXAMEN FISICO: (PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENRALES, HIDRATADO, ORIENTADO EN TRES PLANOS, NO SIRS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, TORAX NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO, VENTILADO. RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES ENAMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS. EXAMEN NEUROLÓGICO: FUNCIÓN MOTORA Y SENSITIVA NORMAL. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE COMPROMISO CEREBELOS, DEFICIT NEUROLOGICOS, O DE FOCALIZACION. PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES. FONDO DE OJO NORMAL BILATERALMENTE. REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS II/IV EN CUATRO

EXTREMIDADES. FUERZA MUSCULAR CONSERVADA. NO SE EVIDENCIAN
SIGNOS DE IRRITACIÓN MENINGEA.) SE LLEGAA LA
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE
(CEFALEA, Y TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO, IDEACION
SUICIDA). SE DECIDE HOSPITALIZAR

-----PLAN-----

- 1- HOSPITALIZAR
- 2- REMISION A CENTRO CON PSIQUIATRIA
- 3- INTERCONSULTA CON PSIQUIATRIA
- 4- ADMINISTRACION DE SEDATIVOS/ANSIOLITICOS A CRITERIO DE MEDICOS DE
OBSERVACION.
- 5- CSV, AVISAR EVENTUALIDAD.

N. Identificación: 493694
Responsable: CHEREM, MARC
Especialidad: MEDICINA GENERAL