

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09 Ingreso: 1.878.293 Confirmado
Informacion Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 93409273
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Masculino Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días F. Nacimiento: 10/03/1978
E.P.S.: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Nº79455

Respuesta de interconsulta: Analisis subjetivo: PSIQUIATRIA.....PACIENTE EN EL MOMENTO SOLO.....PACIENTE SOMNOLIENTO NO COLABORA EN ENTREVISTA. SE TOMAN DATOS DE HISTORIA CLINICA.....PACIENTE INGRESA EL DIA DE AYER AL SERVICIO DE URGENCIAS A MEDIO DIA, EN COMPAÑIA DE ESPOSA QUIEN REFIERE QUE HACE 2 DIAS SE TORNA AGRESIVO, NO COME, GOLPEA LAS COSAS, SE MUERDE LAS MANOS, A VERBALIZADO IDEAS PARANOIDES QUE LO VAN A ENVENENAR O LO PERSIGUEN. AL PARECER Y DESCRIBEN EN VALORACION DE TRIAGE PACIENTE PRESENTÓ CAIDA EN BICICLETA HACE 4 DIAS, CON DESORIENTACION, DOLOR DE CABEZA ASOCIADA. NO HAY OTROS DATOS, NO ANTECEDENTES DESCRITOS. DE ACUERDO A VALORACION DE INGRESO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFECBRIL SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. AL PARECER SE GOLPEO DURANTE LA CONSULTA POR LO QUE ADMINISTRAN ESQUEMA DE SEDACION. NO HAY OTROS DATOS NI CONDUCTA. NO HAY SOLICITUD O REPORTE DE PARACLINICOS EN SISTEMA....Analisis objetivo: .PACIENTE EN CAMILLA EN DECUBITO LATERAL, POSICION FETAL, TIENE GAFAS PUESTAS, SOMNOLIENTO, EMITE SONIDOS AL LLAMDO NO REALIZA APERTURA OCULAR, NO SIGUE INSTRUCCIONES POCO COLABORADOR. NO ES POSIBLE EVALUAR CONTENIDO DE PENSAMIENTO. JR COMPROMETIDO? INTROSPECCION NULA....Respuesta: PACIENTE EN 5TA DECADA DE LA VIDA, QUIEN AL PARECER SUFRE HACE 4 DIAS CAIDA DESDE BICICLETA, POSTERIOR A ESTO Y DE ACUERDO A VALORACION DE INGRESO PRESENTA HACE 2 DIAS CAMBIOS DE CONDUCTA, TENDEINTES A LA PSICOSIS, SIN ANTECEDENTES PREVIOS DESCRITOS. SE CONSIDERA PACIENTE CON POSIBLE EPISODIO PSICOTICO, ALTERACION DE LA CONDUCTA DE APARICION SUBITA, POR LO QUE SE REQUIERE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR ORGANICIDAD EN CURSO. SE SOLICITA QUIMICA SANGUINEA, TAC CRANEO SIMPLE. EN CASO DE AGITACION APLICAR MIDAZOLAM 5MG IM + HALOPERIDOL 5MG IM, VIGILAR PATRON RESPIRATORIO.Diagnóstico: TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICATratamiento: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR ORGANICIDAD EN CURSO. SE SOLICITA QUIMICA SANGUINEA, TAC CRANEO SIMPLE. EN CASO DE AGITACION APLICAR MIDAZOLAM 5MG IM + HALOPERIDOL 5MG IM, VIGILAR PATRON RESPIRATORIO.

05/12/2018 16:02

1019010569 - MERA FERNANDEZ LUZ ANGELA

PSIQUIATRIA

NOTAS MEDICASSE ABRE FOLIO PARA COMPLEMENTAR INFORMACION FRENTE A CASO DEL PACINETE. ASISTE LA ESPOSA ANA ESCALANTE. REFIERE PACEINTE PRESETNA ACCIDENTE EN BICICLETA HACE 35 AÑOS, CON FRACTURA EN BRAZO DERECHO SECUNDARIA. REFIERE QUE POSTERIOR A ESTE EVENTO PRESENTA SUDORACION, INQUIETUD, INTRANQUILIDAD, NO DUERME EN LA NOCHE. POSTERIOR A RETIRO DE FERULA (HACE UNA SEMANA) INICA A VERBALIZAR INCOHERENCIAS "DECIA QUE DEBIA LA PLATA..QE MEJOR SE IBA PORQUE NO QUERIA HACERLES DAÑO...PORQUE LLAMO A LA POLICIA, QUE YO (LA ESPOSA) LO ESTABA ATACANDO LE ESTABA HACIENDO BRUJERIA".....DICE QUE EL HEMRNAO TRATO DE LLEVARLO AL MEDICO (NO HAY CONSTANCIA DE ESTO), CONTINUABA DELIRANTE PARANOIDE, SE MORDIA LOS DEDOS, PERSISTE CON QUE LE ESTAN HACIENDO BRUJERIA.....DICE QUE HAY MOMENTOS EN QUE ESTA LUCIDO HABLA BIEN, PERO RETORNA A ESTE ESTADO.....DICE QUE AHORA QUE LO VISITO Y ESTABA LUCIDO, LE DIJO QUE TENIA OTRA PERSONA Y QUE ELLA LE ESTABA HACIENDO DAÑO, EMPEZO A LLORAR Y RETORNO A SU ESTADO....DICE LA ESPOSA QUE LA RELACION ENTRE ELLOS SE DETERIORO YA HACE AÑOS. HA INTENTADO SEPARARCE DEL PACIENTE PERO EL PACIENTE NO LO PERMITE.....DICE QUE HACE 2 DIAS LA MADRE CUMPLIO 4 AÑOS DE MUERTA Y DEBIAN HACER LA EXUMACION, NO SE PUDO PORQUE NO ESTABA TRANQUILO Y LOS HERMANOS NO COLABORARON.....PACIENTE TRABAJA COMO ANIMADOR, CONTRATO VERBAL EN UN FRUVER. DICE QUE AYUDA PARA EL ARRIENDO PERO APORTA MUY POCO PARA LA CASA. LA ESPOSA ES GUARDA DE SEGUIRIDAD. TIENEN 1 HIJO DE 17 AÑOS. "ES UNO DE LOS MENORES" DE 11 HERMANOS.....NIEGA ANTECEDNETES PERSONALES. FAMILIARES: DICE QUE LA MADRE ERA CARDIOPATA FALLECIO DE 63 AÑOS. EL PADRE FALLECE A LOS 70 AÑOS NO SABE CAUSA. HERMANO MENOR SUFRIA EPILEPSIA EN LA INFANCIA AL PARECER HAY SECUELAS COGNITIVAS.

06/12/2018 6:46

1026568228 - GALINDEZ UTRERAS YESSICA STEFANIA

MEDICINA GENERAL

NOTAS MEDICASREPORTE DE PARACLINICOS 05/12/2018 HEMOGRAMA LEU 12.71, NEUT 79% LINF 13.1%, HB 18.3, HTC 53.5 %, PLAQ 294.000, TSH 3.26, CL 109.4, CR 1.07, GLUCOSA 111, BUN 22.60, K 4.39, NA 134.40, ALT 32, AST 15, VDRL NO RECATIVO,

06/12/2018 10:02

1019010569 - MERA FERNANDEZ LUZ ANGELA

PSIQUIATRIA

- SUBJETIVO : PSIQUIATRIA: IDX: TRASTORNO PSICOTICO - PRIMER EPISODIO?...TRASTORNO DISOCIATIVO?...TTO: OBSERVACIONNAL. ...PACIENTE EN EL MOMENTO SOLO. DICE QUE NO SABE QUE LE PASÓ, NO SABE PORQUE ESTA EN EL HOSPITAL. DICE QUE LA ESPOSA LO ABANDONÓ AHÍ. DICE QUE DESDE QUE "ME PASO LO DEL BRAZO ESTOY ASÍ...ME DESPIERTO SUDANDO ME DA DOLOR DE CABEZA NO DUERMO BIEN"...DICE QUE NO SE ACUERDA DE QUIEN HA HABLADO CON EL EN EL HOSPITAL - OBJETIVO : PACIENTE EN CAMILLA EN DECUBITO SUPINO, ALERTA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, POCO COLABORADOR, EVASIVO, PUERIL, SE INCOMODA CON LAS PREGUNTAS PERSONALES, POBRE CONTACTO VERBAL Y VISUAL, HIPOPROSEXICO, AFECTO HIPOTIMICO, PENSAMIENTO COHERENTE TANGENCIAL, NO VERBALIZA DELIRIOS CLAROS, ALGO REFERENCIAL CON ESTANCIA HOSPITALARIA CON ESPOSA, IDEAS SOBREVALORADAS DE MALESTAR, NO HAY CLARIDAD EN CONTENIDO DE PENSAMIENTO, NO ALTERACION SENSOPERCEPTIVA, HIPOBULICO, JR DEBILITADO INTROSPECCION NULA, PROSEPCCION INCIERTA. - ANALISIS : PACIENTE QUIEN PRESENTA DESDE HACE APROX 1 MES CAMBIOS DE CONDUCTA Y DE DISCURSO DE PENSAMIENTNO, QUE SE ASOCIARON A CAIDA DE BICICLETA CONPOSTERIOR FRACTURA DE HUESOS DE ANTEBRAZO DERECHO. NO LLEVABA CASCO PERO NO HAY DESCRIPCION DE TCE NI PERDIDA DE LA CONSCIENCIA. DE ACUERDO A ESPOSA PACIENTE SE HA TORNADO ANSIOSO, PARANOIDE, SE DESORIENTA, AL PARECER A TENDIDO A LA AGRESIVIDAD. HAY MOMENTOS DE LUCIDES CORTOS EN DONDE HA VERBALIZADO COSAS RESPECTO A OTRAS RELACIONES SENTIMENTALES.....DE ACUERDO A LO REFERIDO POR LA ESPOSA LA SITUACION DE PAREJA NO ES ESTABLE Y HAN EXISITIDO INCONVENIENTES POR PARTE DEL PACIENTE PARA ACEPTAR LA TERMINACION DE SU MATRIMONIO....PARACLINICOS SOLICITADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES. SE DESCARTA ORGANICIDAD.....DE ACUERDO CON SINTOMAS DESCRITOS Y LOS HALLAZGOS AL EXAMEN PACEINTE PUEDE ESTAR CURSANDO CON ANSIEDAD Y POSIBLE REACCION DISOCIATIVA. SE CONSIDERA NECESARIO REALIZAR OBSERVACION Y TRTAAMIETNO POR SALUD MENTAL EN USM PARA CONTENCIÓN AMBIENTAL ADECUADA Y PODER ESTABLECER DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IDEAL EN EL PACIENTE. SE INICA HALOPRADOL 5MG (1/2-0-1/2) CLONAZPEAM GOT 2.5% VO (3-3-6). SE DILIGENCIA REMISION A USM. - PARACLINICOS : REPORTE DE PARACLINICOS 05/12/2018 HEMOGRAMA LEU 12.71, NEUT 79% LINF 13.1%, HB 18.3, HTC 53.5 %, PLAQ 294.000, TSH 3.26, CL 109.4, CR 1.07, GLUCOSA 111, BUN 22.60, K 4.39, NA 134.40, ALT 32, AST 15, VDRL NO RECATIVO, TAC CRANEO SIMPLE: DENTRO DE LIMITES NORMALES. - PESO (KG) : 1,0 - F.C. : 1 - TA SIST : 1 - TA DIAST : 1 - F.R. : 1 - SO2 : 1 - TEMP : 1,0000 - TALLA : 1,00 - IMC : 1,0

06/12/2018 21:34

1033710248 - DUCUARA VARON STEVENS

MEDICINA GENERAL

Usuario Impresión: 1015417251

Pagina 2/4

FORMATO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirófanos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO ENF-ETO-03
VERSION 2
VIGENCIA 21/03/2018

Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____
Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.																	
PÁRAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
EDAD	Menor de 3 años	4															
	De 3 a 7 años	3															
	De 7 a 13 años	2															
	Más de 13 años	1															
GENERO	Hombre	2															
	Mujer	1															
DIAGNOSTICO (Si presenta más de un diagnostico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso)	Problemas neurológicos	4															
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo.	3															
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2															
	Otro diagnóstico.	1															
	No conoce sus limitaciones.	3															
	Se le olvidó sus limitaciones.	2															
DETERIORO COGNITIVO	Orientado en sus propias capacidades.	1															
	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama.	4															
FACTORES AMBIENTALES (Si se da más de una situación, seleccionar la mayor puntuación)	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3															
	Paciente en la cama.	2															
	Paciente que deambula.	1															
	Dentro de las 24 horas.	3															
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Dentro de 48 horas.	2															
	Más de 48 horas /Ninguna.	1															
	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3															
	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2															
MEDICAMENTOS	Ninguno	1															
	TOTAL DE PUNTOS																

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

< 7 puntos: Sin riesgo; 7 a 11 puntos: Riesgo bajo; > 12 puntos: Riesgo alto.

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09

Ingreso: 1.878.293

Información Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía

Confirmado

Numero: 93409273

Tipo de paciente: Subsidiado

Sexo: Masculino

Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días

F. Nacimiento:

10/03/1978

E.P.S.: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Nº79455

NOTAS MEDICASse abre folio para medicacion

07/12/2018 13:15

1015417251 - MONROY BUITRAGO MIGUEL ANGEL

MEDICINA GENERAL

NOTAS MEDICAS-----NOTA MEDICA-----PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE EPISODIO PSICOTICO TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR PACIENTE CON ALTO RIESGO DE SUICIDIO QUIEN EN COMPAÑIA DE FAMILIAR REALIZA DESINMOVILIZACION POR PARTE DE MADRE , PACIENTE QUIEN POSTERIORMENTE PRESENTA INTENTO SUICIDA TIPO AHORCAMIENTO. SE INSISTE EN REMISION POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA. SIGNOS VITALES FC: 65 FR : 18 T/A 120/75 T: 36 MUCOSA ORAL HUMEDA , CUELLO MOVIL NO MASAS NO HERNIAS, C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS ,ABODMEN BLANDO NO MASAS NO HERNIAS. SE ORDENA TRASLADO A SALA DE REANIMACION PACIENTE CON OXIMETRIA NORMAL, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, SE DECIDE ACEPTAR REMISION POR UNIDAD DE SALUD MENTAL PACIENTE ACEPTADO EN CLINICA EMANUEL POR DR PEDRO AGUILERA AMBULANCIA BASICA, SE CIERRA HISTORIA CLINICA SE ENTREGA PACIENTE VIVO.

CONDICIONES SALIDA:

INDICACION PACIENTE:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

- F059 DELIRIO, NO ESPECIFICADO
F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA
F238 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS
F239 TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO, NO ESPECIFICADO DE TIPO ESQUIZOFRENICO
F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO
F449 TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

- F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
19224	CLORURO O CLORO	
19290	CREATININA SUERO ORINA Y OTROS	
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	
19490	GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS	
19749	NITROGENO UREICO	
19775	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	
19792	POTASIO	
19886	SIFILIS SEROLOGIA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	
19891	SODIO	
19911	TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	
19933	TRANSAMINASA OXALACETICA /ASA	
19934	TRANSAMINASA PIRUVICA /ALAT	
21701	TOMOGRAFIA CRANEO SIMPLE	

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE
N01AM023701	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (01%) SOLUCION INYECTABLE
N02BD026701	DIPIRONA 1 g / 2 mL
N03AC021201	CLONAZEPAM 2,5 mg / mL SOLUCION ORAL
N05AH00111	HALOPERIDOL 5 mg
N05AH001701	HALOPERIDOL 5 mg / mL - SOLUCION INYECTABLE

C.C. 1015417251 - MIGUEL ANGEL MONROY BUITRAGO

FORMARTO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirófanos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO ENF-FTO-03
VERSION 2
VIGENCIA 21/03/2018

Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____
Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.																	
PÁRAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
EDAD	Menor de 3 años	4															
	De 3 a 7 años	3															
	De 7 a 13 años	2															
	Más de 13 años	1															
GENERO	Hombre	2															
	Mujer	1															
DIAGNOSTICO (Si presenta más de un diagnóstico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de Ingreso)	Problemas neurológicos	4															
	Alteraciones de oxigenación; (problemas respiratorios, anemia), deshidratación, anorexia, vértigo.	3															
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2															
	Otro diagnóstico.	1															
	No conoce sus limitaciones.	3															
DETERIORO COGNITIVO	Se le olvida sus limitaciones.	2															
	Orientado en sus propias capacidades.	1															
	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cuna.	4															
FACTORES AMBIENTALES (Si se da más de una situación, seleccionar la mayor puntuación)	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3															
	Paciente en la cama.	2															
	Paciente que deambula.	1															
	Dentro de las 24 horas.	3															
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Dentro de 48 horas.	2															
	Más de 48 horas /Ninguna.	1															
	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3															
MEDICAMENTOS	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2															
	Ninguno	1															
	TOTAL DE PUNTOS																
Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.																	

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

< 7 puntos: Sin riesgo; 7 a 11 puntos: Riesgo bajo; > 12 puntos: Riesgo alto.



EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09

Ingreso: 1.878.293

Informacion Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía

Confirmado

Numero: 93409273

Tipo de paciente: Subsidiado

Sexo: Masculino

Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días

F. Nacimiento:

10/03/1978

E.P.S: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Nº79455

R.M. 1015417251 - MEDICINA GENERAL

FORMATO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirúrgicos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO ENF-FTO-03
VERSION 2
VIGENCIA 21/03/2018

Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____

Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.																		
PÁRAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
EDAD	Menor de 3 años	4																
	De 3 a 7 años	3																
	De 7 a 13 años	2																
	Mas de 13 años	1																
GENERO	Hombre	2																
	Mujer	1																
DIAGNOSTICO (Si presenta más de un diagnostico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso)	Problemas neurológicos	4																
	Alteraciones de oxigenación; (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo.	3																
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2																
	Otro diagnóstico.	1																
	No conoce sus limitaciones.	3																
DETERIORO COGNITIVO	Se le olvida sus limitaciones.	2																
	Orientado en sus propias capacidades.	1																
	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama.	4																
FACTORES AMBIENTALES (Si se da mas de una situación, seleccionar la mayor puntuación)	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3																
	Paciente en la cama.	2																
	Paciente que deambula.	1																
	Dentro de las 24 horas.	3																
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Dentro de 48 horas.	2																
	Mas de 48 horas /Ninguna.	1																
	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3																
MEDICAMENTOS	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2																
	Ninguno	1																
	TOTAL DE PUNTOS																	
Firma de la persona quien realiza la valoracion del riesgo de caída.																		

< 7 puntos: Sin riesgo; 7 a 11 puntos: Riesgo bajo; > 12 puntos: Riesgo alto.

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09

Ingreso: 1.878.293

Confirmado

Información Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

Tipo de Documento: Cédula Ciudadanía

Numero: 93409273

Tipo de paciente: Subsidado

Sexo: Masculino

Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días

F. Nacimiento:

10/03/1978

E.P.S.: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Nº79455

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso: Ninguna

Fecha Ingreso: 04/12/2018 13:13

Fecha Egreso: 07/12/2018 13:17

Estado Paciente: VIVO

ESTADO DEL INGRESO:

- Estado de Conciencia : Alerta -- Llego por sus propios Medios : Si

MOTIVO DE CONSULTA

- Motivo de Consulta :

"TIENE UN ATAQUE DE ANSIEDAD"

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Enfermedad Actual :

PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA ANA ESCALANTE POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO, GOLPEA LAS COSAS, REFIERE FAMILIAR NO QUIERE RECIBIR ALIMENTOS, SE MUERDE LAS MANOS Y REFIERE IDEAS DE QUE LO VAN ENVENENAR Y LO ESTAN PERSIGUIENDO. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

REVISION POR SISTEMAS

- ORGANOS DE LOS SENTIDOS :No refiere -- OSTEOMUSCULAR :No refiere -- CARDIOVASCULAR :No refiere -- RESPIRATORIO :No refiere -- PIEL Y TEGUMENTOS : No refiere -- DIGESTIVO :No refiere -- NEUROLOGICO :No refiere -- PSIQUIATRICOS : No refiere -

ANTECEDENTES:

Tipo:Médicos Fecha: 04/12/2018 02:18 p.m.Detalle: NIEGA Tipo:Alérgicos Fecha: 04/12/2018 02:18 p.m.Detalle: NIEGA Tipo:Farmacológicos Fecha: 04/12/2018 02:18 p.m.Detalle: NIEGA

EXAMEN FISICO:

- TORAX : SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS PULMONARES PATOLOGICOS, RUIDOS CARDIAOS RITMICOS.- PIEL Y FANERAS :Normal -- EXTREMIDADES : SIMETRIAS, SIN EDEMA- GENITOURINARIO : Normal -- NEUROLOGICAS : Normal -- COLUMNA : Normal -- CUELLO :Normal -- CABEZA : MUCOSA ORAL HUMEDA

INDICACIONES MEDICAS / CONDUCTAJUSTIFICACION:RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOSRESULTADO DE EXAMEN:

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO
-------	--------

DESCRIPCIÓN

05/12/2018 9:02 1019010569 - MERA FERNANDEZ LUZ ANGELA PSIQUIATRIA

- RESPUESTA INTERCONSULTA - PSIQUIATRIA.....PACIENTE EN EL MOMENTO SOLO.....PACIENTE SOMNOLIENTO NO COLABORA EN ENTREVISTA. SE TOMAN DATOS DE HISTORIA CLINICA.....PACIENTE INGRESA EL DIA DE AYER AL SERVICIO DE URGENCIAS A MEDIO DIA, EN COMPAÑIA DE ESPOSA QUIEN REFIERE QUE HACE 2 DIAS SE TORNA AGRESIVO, NO COME, GOLPEA LAS COSAS, SE MUERDE LAS MANOS, A VERBALIZADO IDEAS PARANOIDES QUE LO VAN A ENVENENAR O LO PERSIGUEN. AL PARECER Y DESCRIBEN EN VALORACION DE TRIAGE PACIENTE PRESENTÓ CAIDA EN BICILETA HACE 4 DIAS, CON DESORIENTACION, DOLOR DE CABEZA ASOCIADA. NO HAY OTROS DATOS, NO ANTECEDENTES DESCRITOS. DE ACUERDO A VALORACION DE INGRESO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFECBRIL SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. AL PARECER SE GOLPEO DURANTE LA CONSULTA POR LO QUE ADMINISTRAN ESQUEMA DE SEDACION. NO HAY OTROS DATOS NI CONDUCTA. NO HAY SOLICITUD O REPORTE DE PARACLINICOS EN SISTEMA.....PACIENTE EN CAMILLA EN DECUBITO LATERAL, POSICION FETAL, TIENE GAFAS PUESTAS, SOMNOLIENTO, EMITE SONIDOS AL LLAMDO NO REALIZA APERTURA OCULAR, NO SIGUE INSTRUCCIONES POCO COLABORADOR. NO ES POSIBLE EVALUAR CONTENIDO DE PENSAMIENTO. ¿JR COMPROMETIDO? INTROSPECCION NULA.....PACIENTE EN 5TA DECADA DE LA VIDA, QUIEN AL PARECER SUFRE HACE 4 DIAS CAIDA DESDE BICICLETA, POSTERIOR A ESTO Y DE ACUERDO A VALORACION DE INGRESO PRESENTA HACE 2 DIAS CAMBIOS DE CONDUCTA, TENDIENTES A LA PSICOSIS, SIN ANTECEDENTES PREVIOS DESCRITOS. SE CONSIDERA PACIENTE CON POSIBLE EPISODIO PSICOTICO, ALTERACION DE LA CONDUCTA DE APARICION SUBITA, POR LO QUE SE REQUIERE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR ORGANICIDAD EN CURSO. SE SOLICITA QUIMICA SANGUINEA, TAC CRANEO SIMPLE. EN CASO DE AGITACION APLICAR MIDAZOLAM 5MG IM + HALOPERIDOL 5MG IM, VIGILAR PATRON RESPIRATORIO.

05/12/2018 9:02 1019010569 - MERA FERNANDEZ LUZ ANGELA

PSIQUIATRIA

FORMATO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirúrgicos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO: ENF-FTO-03
VERSION: 2
VIGENCIA: 21/03/2018

Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____
Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.																	
PÁRAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
EDAD	Menor de 3 años	4															
	De 3 a 7 años	3															
	De 7 a 13 años	2															
	Más de 13 años	1															
GENERO	Hombre	2															
	Mujer	1															
DIAGNOSTICO (Si presenta más de un diagnóstico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso)	Problemas neurológicos	4															
	Alteraciones de oxigenación; (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo.	3															
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2															
	Otro diagnóstico.	1															
	No conoce sus limitaciones.	3															
DETERIORO COGNITIVO	Se le olvidó sus limitaciones.	2															
	Orientado en sus propias capacidades.	1															
	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama.	4															
FACTORES AMBIENTALES (Si se da más de una situación, seleccionar la mayor puntuación)	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3															
	Paciente en la cama.	2															
	Paciente que deambula.	1															
	Dentro de las 24 horas.	3															
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Dentro de 48 horas.	2															
	Más de 48 horas /Ninguna.	1															
	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3															
MEDICAMENTOS	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2															
	Ninguno	1															
	TOTAL DE PUNTOS																
Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.																	

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

< 7 puntos: Sin riesgo; 7 a 11 puntos: Riesgo bajo; > 12 puntos: Riesgo alto.

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09

Ingreso: 1.878.293

Confirmado

Informacion Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía

Numero: 93409273

Tipo de paciente: Subsidiado

Sexo: Masculino

Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días

F. Nacimiento:

10/03/1978

E.P.S.: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

N°79455

Respuesta de interconsulta: Analisis subjetivo: PSIQUIATRIA.....PACIENTE EN EL MOMENTO SOLO.....PACIENTE SOMNOLIENTO NO COLABORA EN ENTREVISTA. SE TOMAN DATOS DE HISTORIA CLINICA.....PACIENTE INGRESA EL DIA DE AYER AL SERVICIO DE URGENCIAS A MEDIO DIA, EN COMPAÑIA DE ESPOSA QUIEN REFIERE QUE HACE 2 DIAS SE TORNA AGRESIVO, NO COME, GOLPEA LAS COSAS, SE MUERDE LAS MANOS, A VERBALIZADO IDEAS PARANOIDES QUE LO VAN A ENVENENAR O LO PERSIGUEN. AL PARECER Y DESCRIBEN EN VALORACION DE TRIAGE PACIENTE PRESENTÓ CAIDA EN BICICLETA HACE 4 DIAS, CON DESORIENTACION, DOLOR DE CABEZA ASOCIADA. NO HAY OTROS DATOS, NO ANTECEDENTES DESCRITOS. DE ACUERDO A VALORACION DE INGRESO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFECBRIL SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. AL PARECER SE GOLPEO DURANTE LA CONSULTA POR LO QUE ADMINISTRAN ESQUEMA DE SEDACION. NO HAY OTROS DATOS NI CONDUCTA. NO HAY SOLICITUD O REPORTE DE PARACLINICOS EN SISTEMA.....Analisis objetivo: PACIENTE EN CAMILLA EN DECUBITO LATERAL, POSICION FETAL, TIENE GAFAS PUESTAS, SOMNOLIENTO, EMITE SONIDOS AL LLAMDO NO REALIZA APERTURA OCULAR, NO SIGUE INSTRUCCIONES POCO COLABORADOR. NO ES POSIBLE EVALUAR CONTENIDO DE PENSAMIENTO. JR COMPROMETIDO? INTROSPECCION NULA.....Respuesta: PACIENTE EN 5TA DECADA DE LA VIDA, QUIEN AL PARECER SUFRE HACE 4 DIAS CAIDA DESDE BICICLETA, POSTERIOR A ESTO Y DE ACUERDO A VALORACION DE INGRESO PRESENTA HACE 2 DIAS CAMBIOS DE CONDUCTA, TENDEINTES A LA PSICOSIS, SIN ANTECEDENTES PREVIOS DESCRITOS. SE CONSIDERA PACIENTE CON POSIBLE EPISODIO PSICOTICO, ALTERACION DE LA CONDUCTA DE APARICION SUBITA, POR LO QUE SE REQUIERE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR ORGANICIDAD EN CURSO. SE SOLICITA QUIMICA SANGUINEA, TAC CRANEO SIMPLE. EN CASO DE AGITACION APLICAR MIDAZOLAM 5MG IM + HALOPERIDOL 5MG IM, VIGILAR PATRON RESPIRATORIO.Diagnóstico: TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICATratamiento: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR ORGANICIDAD EN CURSO. SE SOLICITA QUIMICA SANGUINEA, TAC CRANEO SIMPLE. EN CASO DE AGITACION APLICAR MIDAZOLAM 5MG IM + HALOPERIDOL 5MG IM, VIGILAR PATRON RESPIRATORIO.

05/12/2018 16:02

1019010569 - MERA FERNANDEZ LUZ ANGELA

PSIQUIATRIA

NOTAS MEDICASSE ABRE FOLIO PARA COMPLEMENTAR INFORMACION FRENTE A CASO DEL PACIENTE. ASISTE LA ESPOSA ANA ESCALANTE. REFIERE PACIENTE PRESETNA ACCIDENTE EN BICICLETA HACE 35 AÑOS, CON FRACTURA EN BRAZO DERECHO SECUNDARIA. REFIERE QUE POSTERIOR A ESTE EVENTO PRESENTA SUDORACION, INQUIETUD, INTRANQUILIDAD, NO DUERME EN LA NOCHE. POSTERIOR A RETIRO DE FERULA (HACE UNA SEMANA) INICA A VERBALIZAR INCOHERENCIAS "DECIA QUE DEBIA LA PLATA..QE MEJOR SE IBA PORQUE NO QUERIA HACERLES DAÑO...PORQUE LLAMO A LA POLICIA, QUE YO (LA ESPOSA) LO ESTABA ATACANDO LE ESTABA HACIENDO BRUJERIA".....DICE QUE EL HEMRNAO TRATO DE LLEVARLO AL MEDICO (NO HAY CONSTANCIA DE ESTO), CONTINUABA DELIRANTE PARANOIDE, SE MORDIA LOS DEDOS, PERSISTE CON QUE LE ESTAN HACIENDO BRUJERIA.....DICE QUE HAY MOMENTOS EN QUE ESTA LUCIDO HABLA BIEN, PERO RETORNA A ESTE ESTADO.....DICE QUE AHORA QUE LO VISITO Y ESTABA LUCIDO, LE DIJO QUE TENIA OTRA PERSONA Y QUE ELLA LE ESTABA HACIENDO DAÑO, EMPEZÓ A LLORAR Y RETORNO A SU ESTADO.....DICE LA ESPOSA QUE LA RELACION ENTRE ELLOS SE DETERIORO YA HACE AÑOS. HA INTENTADO SEPARARCE DEL PACIENTE PERO EL PACIENTE NO LO PERMITE.....DICE QUE HACE 2 DIAS LA MADRE CUMPLIO 4 AÑOS DE MUERTA Y DEBIAN HACER LA EXUMACION, NO SE PUDO PORQUE NO ESTABA TRANQUILO Y LOS HERMANOS NO COLABORARON.....PACIENTE TRABAJA COMO ANIMADOR, CONTRATO VERBAL EN UN FRUVER. DICE QUE AYUDA PARA EL ARRIENDO PERO APORTA MUY POCO PARA LA CASA. LA ESPOSA ES GUARDA DE SEGURIDAD. TIENEN 1 HIJO DE 17 AÑOS. "ES UNO DE LOS MENORES" DE 11 HERMANOS.....NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES. FAMILIARES: DICE QUE LA MADRE ERA CARDIOPATA FALLECIO DE 63 AÑOS. EL PADRE FALLECE A LOS 70 AÑOS NO SABE CAUSA. HERMANO MENOR SUFRIA EPILEPSIA EN LA INFANCIA AL PARECER HAY SECUELAS COGNITIVAS.

06/12/2018 6:46

1026568228 - GALINDEZ UTRERAS YESSICA STEFANIA

MEDICINA GENERAL

NOTAS MEDICAS REPORTE DE PARACLINICOS 05/12/2018 HEMOGRAMA LEU 12.71, NEUT 79% LINF 13.1%, HB 18.3, HTC 53.5 %, PLAQ 294.000, TSH 3.26, CL 109.4, CR 1.07, GLUCOSA 111, BUN 22.60, K 4.39, NA 134.40, ALT 32, AST 15, VDRL NO RECATIVO,

06/12/2018 10:02

1019010569 - MERA FERNANDEZ LUZ ANGELA

PSIQUIATRIA

- SUBJETIVO : PSIQUIATRIA: IDX: TRASTORNO PSICOTICO - PRIMER EPISODIO?...TRASTORNO DISOCIATIVO?...TTO: OBSERVACIONAL. ...PACIENTE EN EL MOMENTO SOLO. DICE QUE NO SABE QUE LE PASÓ, NO SABE PORQUE ESTA EN EL HOSPITAL. DICE QUE LA ESPOSA LO ABANDONÓ AHÍ. DICE QUE DESDE QUE "ME PASO LO DEL BRAZO ESTOY ASÍ...ME DESPIERTO SUDANDO ME DA DOLOR DE CABEZA NO DUEMO BIEN"...DICE QUE NO SE ACUERDA DE QUIEN HA HABLADO CON EL EN EL HOSPITAL - OBJETIVO : PACIENTE EN CAMILLA EN DECUBITO SUPINO, ALERTA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, POCO COLABORADOR, EVASIVO, PUERIL, SE INCOMODA CON LAS PREGUNTAS PERSONALES, POBRE CONTACTO VERBAL Y VISUAL, HIPOPROSEXICO, AFECTO HIPOTIMICO, PENSAMIENTO COHERENTE TANGENCIAL, NO VERBALIZA DELIRIOS CLAROS, ALGO REFERENCIAL CON ESTANCIA HOSPITALARIA CON ESPOSA, IDEAS SOBREVALORADAS DE MALESTAR, NO HAY CLARIDAD EN CONTENIDO DE PENSAMIENTO, NO ALTERACION SENSOPERCEPTIVA, HIPOBULICO, JR DEBILITADO INTROSPECCION NULA, PROSEPCION INCIERTA. - ANALISIS : PACIENTE QUIEN PRESENTA DESDE HACE APROX 1 MES CAMBIOS DE CONDUCTA Y DE DISCURSO DE PENSAMIENTO, QUE SE ASOCIARON A CAIDA DE BICICLETA CONPOSTERIOR FRACTURA DE HUESOS DE ANTEBRAZO DERECHO. NO LLEVABA CASCO PERO NO HAY DESCRIPCION DE TCE NI PERDIDA DE LA CONSCIENCIA. DE ACUERDO A ESPOSA PACIENTE SE HA TORNADO ANSIOSO, PARANOIDE, SE DESORIENTA, AL PARECER A TENDIDO A LA AGRESIVIDAD. HAY MOMENTOS DE LUCIDES CORTOS EN DONDE HA VERBALIZADO COSAS RESPECTO A OTRAS RELACIONES SENTIMENTALES.....DE ACUERDO A LO REFERIDO POR LA ESPOSA LA SITUACION DE PAREJA NO ES ESTABLE Y HAN EXISTIDO INCONVENIENTES POR PARTE DEL PACIENTE PARA ACEPTAR LA TERMINACION DE SU MATRIMONIO.....PARA CLINICOS SOLICITADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES. SE DESCARTA ORGANICIDAD.....DE ACUERDO CON SINTOMAS DESCRITOS Y LOS HALLAZGOS AL EXAMEN PACIENTE PUEDE ESTAR CURSANDO CON ANSIEDAD Y POSIBLE REACCION DISOCIATIVA. SE CONSIDERA NECESARIO REALIZAR OBSERVACION Y TRATAMIENTO POR SALUD MENTAL EN USM PARA CONTENCIÓN AMBIENTAL ADECUADA Y PODER ESTABLECER DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IDEAL EN EL PACIENTE. SE INICA HALOPRADOL 5MG (1/2-0-1/2) CLONAZPEAM GOT 2.5% VO (3-3-6). SE DILIGENCIA REMISION A USM. - PARA CLINICOS : REPORTE DE PARA CLINICOS 05/12/2018 HEMOGRAMA LEU 12.71, NEUT 79% LINF 13.1%, HB 18.3, HTC 53.5 %, PLAQ 294.000, TSH 3.26, CL 109.4, CR 1.07, GLUCOSA 111, BUN 22.60, K 4.39, NA 134.40, ALT 32, AST 15, VDRL NO RECATIVO, TAC CRANEO SIMPLE: DENTRO DE LIMITES NORMALES. - PESO (KG) : 1,0 - F.C. : 1 - TA SIST : 1 - TA DIAST : 1 - F.R. : 1 - SO2 : 1 - TEMP : 1,0000 - TALLA : 1,00 - IMC : 1,0

06/12/2018 21:34

1033710248 - DUCUARA VARON STEVENS

MEDICINA GENERAL

Usuario Impresión: 1015417251

Pagina 2/4

FORMATO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirúrgicos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO ENF-FTO-03
VERSION 2
VIGENCIA 21/03/2018

Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____

Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.																	
PÁRAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
EDAD	Menor de 3 años	4															
	De 3 a 7 años	3															
	De 7 a 13 años	2															
	Más de 13 años	1															
GENERO	Hombre	2															
	Mujer	1															
DIAGNOSTICO (si presenta más de un diagnóstico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso)	Problemas neurológicos	4															
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo.	3															
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2															
	Otro diagnóstico.	1															
DETERIORO COGNITIVO	No conoce sus limitaciones.	3															
	Se le olvida sus limitaciones.	2															
	Orientado en sus propias capacidades.	1															
	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama.	4															
FACTORES AMBIENTALES (si se da más de una situación, seleccionar la mayor puntuación)	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3															
	Paciente en la cama.	2															
	Paciente que deambula.	1															
	Dentro de las 24 horas.	3															
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Dentro de 48 horas.	2															
	Más de 48 horas /Ninguna.	1															
	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3															
	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2															
MEDICAMENTOS	Ninguno	1															
	TOTAL DE PUNTOS																

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

< 7 puntos: Sin riesgo; 7 a 11 puntos: Riesgo bajo; > 12 puntos: Riesgo alto.

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09 Ingreso: 1.878.293 Confirmado
Información Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 93409273
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Masculino Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días F. Nacimiento: 10/03/1978
E.P.S: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Nº79455

NOTAS MEDICASse abre folio para medicacion

07/12/2018 13:15 1015417251 - MONROY BUITRAGO MIGUEL ANGEL MEDICINA GENERAL

NOTAS MEDICAS-----NOTA MEDICA-----PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE EPISODIO PSICOTICO TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR PACIENTE CON ALTO RIESGO DE SUICIDIO QUIEN EN COMPAÑIA DE FAMILIAR REALIZA DESINMOVILIZACION POR PARTE DE MADRE , PACIENTE QUIEN POSTERIORMENTE PRESENTA INTENTO SUICIDA TIPO AHORCAMIENTO. SE INSISTE EN REMISION POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA. SIGNOS VITALES FC: 65 FR : 18 T/A 120/75 T: 36 MUCOSA ORAL HUMEDA , CUELLO MOVIL NO MASAS NO HERNIAS, C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS ,ABODMEN BLANDO NO MASAS NO HERNIAS. SE ORDENA TRASLADO A SALA DE REANIMACION PACIENTE CON OXIMETRIA NORMAL, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, SE DECIDE ACEPTAR REMISION POR UNIDAD DE SALUD MENTAL PACIENTE ACEPTADO EN CLINICA EMANUEL POR DR PEDRO AGUILERA AMBULANCIA BASICA, SE CIERRA HISTORIA CLINICA SE ENTREGA PACIENTE VIVO.

CONDICIONES SALIDA:

INDICACION PACIENTE:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

F059 DELIRIO, NO ESPECIFICADO
F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA
F238 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS
F239 TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO, NO ESPECIFICADO DE TIPO ESQUIZOFRENICO
F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO
F449 TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
19224	CLORURO O CLORO	
19290	CREATININA SUERO ORINA Y OTROS	
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	
19490	GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS	
19749	NITROGENO UREICO	
19775	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	
19792	POTASIO	
19886	SIFILIS SEROLOGIA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	
19891	SODIO	
19911	TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	
19933	TRANSAMINASA OXALACETICA /ASA	
19934	TRANSAMINASA PIRUVICA /ALAT	
21701	TOMOGRFIA CRANEO SIMPLE	

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE
N01AM023701	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (01%) SOLUCION INYECTABLE
N02BD026701	DIPIRONA 1 g / 2 mL
N03AC021201	CLONAZEPAM 2,5 mg / mL SOLUCION ORAL
N05AH00111	HALOPERIDOL 5 mg
N05AH001701	HALOPERIDOL 5 mg / mL - SOLUCION INYECTABLE



C.C. 1015417251 - MIGUEL ANGEL MONROY BUITRAGO

FORMATO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirófanos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO ENF-FTO-03
VERSION 2
VIGENCIA 31/07/2018

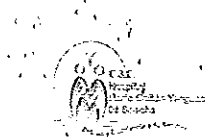
Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____

Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.																				
PÁRAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha			Fecha		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N			
EDAD	Menor de 3 años	4																		
	De 3 a 7 años	3																		
	De 7 a 13 años	2																		
	Mas de 13 años	1																		
GENERO	Hombre	2																		
	Mujer	1																		
DIAGNOSTICO (Si presenta más de un diagnostico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso)	Problemas neurológicos	4																		
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo.	3																		
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2																		
	Otro diagnostico.	1																		
	No conoce sus limitaciones.	3																		
	Se le olvida sus limitaciones.	2																		
DETERIORO COGNITIVO	Orientado en sus propias capacidades.	1																		
	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama.	4																		
FACTORES AMBIENTALES (Si se da mas de una situación, seleccionar la mayor puntuación)	Utiliza dispositivos de ayuda en la cama, iluminación, muebles.	3																		
	Paciente en la cama.	2																		
	Paciente que deambula.	1																		
	Dentro de las 24 horas.	3																		
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Dentro de 48 horas.	2																		
	Mas de 48 horas /Ninguna.	1																		
	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3																		
	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2																		
MEDICAMENTOS	Ninguno	1																		
	TOTAL DE PUNTOS																			
Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.																				

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

< 7 puntos: Sin riesgo; 7 a 11 puntos: Riesgo bajo; > 12 puntos: Riesgo alto.



EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/12/18 13:17:09 Ingreso: 1.878.293 Confirmado
Informacion Paciente: JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 93409273
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Masculino Edad: 40 Años \ 8 Meses \ 28 Días F. Nacimiento: 10/03/1978
E.P.S: 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

N°79455

R.M. 1015417251 - MEDICINA GENERAL

FORMATO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY)

PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Ambulatorios, Urgencias, Hospitalización, Quirófanos y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CODIGO: ENF-FTO-03
VERSION: 2
VIGENCIA: 21/03/2018

Nombre y apellidos: _____ Cama: _____ Servicio: _____
Número de documento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA PEDIATRICA (ESCALA HUMPTY DUMPTY) Asigne el puntaje de acuerdo a la especificaciones.		Fecha														Fecha	
PARAMETROS	CRITERIOS	Puntaje	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
EDAD	Menor de 3 años	4															
	De 3 a 7 años	3															
	De 7 a 13 años	2															
	Más de 13 años	1															
GENERO	Hombre	2															
	Mujer	1															
DIAGNOSTICO (Si presenta más de un diagnóstico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso)	Problemas neurológicos	4															
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vómito.	3															
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2															
	Otro diagnóstico.	1															
	No conoce sus limitaciones.	3															
	Se le olvidó sus limitaciones.	2															
	Orientado en sus propias capacidades.	1															
DETERIORO COGNITIVO	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama.	4															
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles.	3															
CIRUGIA O SEDACION ANESTESICA	Paciente en la cama.	2															
	Paciente que deambula.	1															
	Dentro de las 24 horas.	3															
	Dentro de 48 horas.	2															
	Más de 48 horas / Ninguna.	1															
MEDICAMENTOS	Uso de múltiples medicamentos: sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos, Narcóticos.	3															
	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2															
	Ninguno	1															
	TOTAL DE PUNTOS																

Firma de la persona quien realiza la valoración del riesgo de caída.

< 7 puntos: Sin riesgo. 7 a 11 puntos: Riesgo bajo. > 12 puntos: Riesgo alto.

REPORTE DE IMÁGENES MEDICAS

Nombre del paciente: Jhon Jairo Pineros Vanegas **Edad:** 40a **Sexo:** M **identificación:** 93409273
Centro de imágenes: E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha **Hora PACS:** 5/12/18 - 6:43pm **Creado:**
5/12/18 - 6:47pm
Entidad: Médico quien remite: INSTITUCIONAL
Estudios: [CT] CRANEO S

INFORME DIAGNÓSTICO

TAC DE CRÁNEO SIMPLE

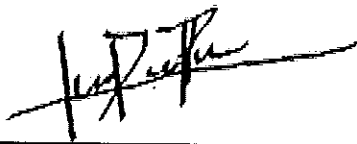
Se realizaron cortes simples desde el vertex hasta la base del cráneo

HALLAZGOS:

Los coeficientes de atenuación de los parénquimas encefálicos y las estructuras infratentoriales son normales. No hay alteraciones de la diferenciación corticosubcortical.
El sistema ventricular tiene forma, tamaño y posición habitual.
La amplitud de los espacios subaracnoideos de las convexidades y de las cisternas basales está conservada.
No hay desviación de las estructuras de la línea media.
No hay evidencia de lesiones neoplásicas, vasculares o colecciones.
No hay hemorragias o calcificaciones patológicas.
Órbitas, senos paranasales y estructuras de la base de cráneo de aspecto usual.
Estructuras óseas sin alteraciones.

CONCLUSIÓN:

TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE DENTRO DE LÍMITES NORMALES



David Palau M.D.

Radiólogo. Registro No. 80184796

Radiólogo Epidemiólogo

(Firmado digitalmente en 6/12/18 - 1:54am)

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

DATOS PERSONALES

NOMBRE PACIENTE JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

FOLIO

5

DOCUMENTO / HISTORIA

93409273

EDAD: 40 Años \ 8 Meses \ 27 Días

SEXO Masculino

ESTADO CIVIL

Soltero

DIRECCION CARRERA 30 # 17-76

TELEFONO 3196303357

Procedencia: SOACHA (CUNDINAMARCA)

Ingreso 1878293

FECHA DOCUMENTO

6 de diciembre de 2018 10:02 a.m.

DATOS DE AFILIACIÓN

ENTIDAD 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Regimen Subsidiado

Estrato

NIVEL 2

REFERENCIA N° 33014

SEGURIDAD SOCIAL

Tipo Paciente: Subsidiado

Nivel SocioEconómico:

0

SISBEN Nivel SocioEconómico:

0

Ficha SISBEN:

Tipo de Población Especial:

EVENTO

Tipo Evento:

Responsable Paciente:

Parentesco:

Dirección:

Teléfono:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Motivo Consulta: - Motivo de Consulta :
"TIENE UN ATAQUE DE ANSIEDAD"

Enfermedad Actual: - Enfermedad Actual :
PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA ANA ESCALANTE POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO, GOLPEA LAS COSAS, REFIERE FAMILIAR NO QUIERE RECIBIR ALIMENTOS, SE MUERDE LAS MANOS Y REFIERE IDEAS DE QUE LO VAN ENVENENAR Y LO ESTAN PERSIGUIENDO. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

Antecedentes: Fecha: 04/12/2018, Tipo: Médicos
NIEGA
Fecha: 04/12/2018, Tipo: Alérgicos
NIEGA
Fecha: 04/12/2018, Tipo: Farmacológicos
NIEGA


Examen Físico: - Torax :SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATOROS PRESENTES SIN AGREGADOS PULMONARES PATOLOGICOS, RUIDOS CARDIAOS RITMICOS. - Piel Y Faneras :Normal - - Extremidades :SIMETRIAS, SIN EDEMA - Genito Urinario : Normal -
- Abdomen :BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR A AL . - Neurológicas : Normal - - Psiquiátricas :PACIENTE TIENE CONTACTO VISUAL CO INTERLOCUTOR, GOLPEA LAS PAREDES CANECAS, NO DUERME. - Columna :Normal - -
Cuello :Normal - - Cabeza : MUCOSA ORAL HUMEDA

Signos Vitales: TA:129/87 FC: 86 x Min | FR: 18 x Min | GlasGow: 015 / 0 ||5 TC: 36,0000 | Peso: 73,1000

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regu ☐ Aminore ☐ Ruptura

Tiempo Evolución: 0 min TV Dilatación: 0 Borramiento: 0 Estación: 0 ☐ Cefalico

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR		
	PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Urgencias	CÓDIGO	URG-FTO-07
		VERSIÓN	1
	VIGENCIA	28/08/2014	

FECHA: _____

SERVICIO: _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD _____ NO C.C. _____

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____

DECLARACION DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (SOLO EN CASO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE)

YO _____, SE QUE EL PACIENTE _____
 NO C.C. _____ HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA INCAPAZ DE TOMAR POR SI MISMO LA DECISION DE ACEPTAR O RECHAZAR EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ARRIBA. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUE ES, COMO SE HACE, PARA QUE SIRVE ESTE PROCEDIMIENTO. TAMBIEN SE ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES. HE COMPRENDIDO TODO LO ANTERIOR PERFECTAMENTE Y POR ELLO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO REALICE EL PROCEDIMIENTO. PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO EN BIEN DEL PACIENTE SE PRESUMA OPORTUNO.

 Firma de la paciente
 NO C.C.

 Firma de testigo Parentesco
 NO C.C.

DECLARACION DEL PROFESIONAL TRATANTE

YO _____, COMO PROFESIONAL TRATANTE HE INFORMADO A _____ SOBRE EL PROPOSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE, POSIBLES RIESGOS Y RESULTADOS ESPERADOS, DE QUE NO EXISTEN GARANTIAS DE LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO.

 Firma de profesional
 NO C.C.

 Firma de Familiar, Parentesco
 NO C.C.

DISENTIMIENTO

YO, _____, RECHAZO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE Y CONOZCO LAS POSIBLES CONSECUENCIAS PARA LA VIDA DEL PACIENTE, ADEMAS ENTIENDO, QUE A PESAR DE NO ACEPTARLO, PUEDO CONTINUAR RECIBIENDO LA ATENCION EN LA INSTITUCION.

 Firma del paciente o responsable
 NO C.C.

 Firma de testigo
 NO C.C.

CONSENTIMIENTO ILUSTRADO:(Con sus propias palabras describa en forma sencilla lo entendido): _____

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

DATOS PERSONALES

NOMBRE PACIENTE JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

FOLIO 5

DOCUMENTO / HISTORIA

93409273

EDAD: 40 Años \ 8 Meses \ 27 Días

SEXO Masculino

ESTADO CIVIL

Soltero

DIRECCION CARRERA 30 # 17-76

TELEFONO 3196303357

Procedencia: SOACHA (CUNDINAMARCA)

Ingreso 1878293

FECHA DOCUMENTO

6 de diciembre de 2018 10:02 a.m.

DATOS DE AFILIACIÓN

ENTIDAD 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Regimen Subsidiado

Estrato

NIVEL 2

Descripción Motivo: PACIENTE QUIEN PRESENTA DESDE HACE APROX 1 MES CAMBIOS DE CONDUCTA Y DE DISCURSO DE PENSAMIENTNO, QUE SE ASOCIARON A CAIDA DE BICICLETA CONPOSTERIOR FRACTURA DE HUESOS DE ANTEBRAZO DERECHO. NO LLEVABA CASCO PERO NO HAY DESCRIPCION DE TCE NI PERDIDA DE LA CONSCIENCIA. DE ACUERDO A ESPOSA PACIENTE SE HA TORNADO ANSIOSO, PARANOIDE, SE DESORIENTA, AL PARECER A TENDIDO A LA AGRESIVIDAD. HAY MOMENTOS DE LUCIDES CORTOS EN DONDE HA VERBALIZADO COSAS RESPECTO A OTRAS RELACIONES SENTIMENTALES.....DE ACUERDO A LO REFERIDO POR LA ESPOSA LA SITUACION DE PAREJA NO ES ESTABLE Y HAN EXISTIDO INCONVENIENTES POR PARTE DEL PACIENTE PARA ACEPTAR LA TERMINACION DE SU MATRIMONIO.....PARACLINICOS SOLICITADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES. SE DESCARTA ORGANICIDAD.....DE ACUERDO CON SINTOMAS DESCRITOS Y LOS HALLAZGOS AL EXAMEN PACEINTE PUEDE ESTAR CURSANDO CON ANSIEDAD Y POSIBLE REACCION DISOCIATIVA. SE CONSIDERA NECESARIO REALIZAR OBSERVACION Y TRTAAMIENTNO POR SALUD MENTAL EN USM PARA CONTENCION AMBIENTAL ADECUADA Y PODER ESTABLECER DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IDEAL EN EL PACIENTE. SE INICA HALOPRADOL 5MG (1/2 -0-1/2) CLONAZPEAM GOT 2.5% VO (3-3-6). SE DILIGENCIA REMISION A USM.

Nombre IPS:

Nivel:

Municipio:

Departamento:

Servicio que Remite: Urgencias

Descripción:

Servicio Remitido: Urgencias

Descripción:

Resumen H.Clinica: PACIENTE QUIEN PRESENTA DESDE HACE APROX 1 MES CAMBIOS DE CONDUCTA Y DE DISCURSO DE PENSAMIENTNO, QUE SE ASOCIARON A CAIDA DE BICICLETA CONPOSTERIOR FRACTURA DE HUESOS DE ANTEBRAZO DERECHO. NO LLEVABA CASCO PERO NO HAY DESCRIPCION DE TCE NI PERDIDA DE LA CONSCIENCIA. DE ACUERDO A ESPOSA PACIENTE SE HA TORNADO ANSIOSO, PARANOIDE, SE DESORIENTA, AL PARECER A TENDIDO A LA AGRESIVIDAD. HAY MOMENTOS DE LUCIDES CORTOS EN DONDE HA VERBALIZADO COSAS RESPECTO A OTRAS RELACIONES SENTIMENTALES.....DE ACUERDO A LO REFERIDO POR LA ESPOSA LA SITUACION DE PAREJA NO ES ESTABLE Y HAN EXISTIDO INCONVENIENTES POR PARTE DEL PACIENTE PARA ACEPTAR LA TERMINACION DE SU MATRIMONIO.....PARACLINICOS SOLICITADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES. SE DESCARTA ORGANICIDAD.....DE ACUERDO CON SINTOMAS DESCRITOS Y LOS HALLAZGOS AL EXAMEN PACEINTE PUEDE ESTAR CURSANDO CON ANSIEDAD Y POSIBLE REACCION DISOCIATIVA. SE CONSIDERA NECESARIO REALIZAR OBSERVACION Y TRTAAMIENTNO POR SALUD MENTAL EN USM PARA CONTENCION AMBIENTAL ADECUADA Y PODER ESTABLECER DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IDEAL EN EL PACIENTE. SE INICA HALOPRADOL 5MG (1/2 -0-1/2) CLONAZPEAM GOT 2.5% VO (3-3-6). SE DILIGENCIA REMISION A USM.

Fecha Confirmación:

Fecha Salida:

Tipo de Documento Responsable: Ninguno

Documento Responsable:

Nombre:

Direccion

Telefono

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	NOMBRE
F238	OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS
F419	TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO
F449	TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO

SERVICIOS

CÓDIGOS	NOMBRE
S127	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL




C.C. 1019010569

- LUZ ANGELA MERA FERNANDEZ

Registro Medico: 1019010569

- PSIQUIATRIA

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR		
	PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Urgencias	CÓDIGO	URG-FTO-07
		VERSIÓN	1
	VIGENCIA	28/08/2014	

FECHA: _____

SERVICIO: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD _____ NO C.C. _____

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____

DECLARACION DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (SOLO EN CASO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE)

YO _____, SE QUE EL PACIENTE _____ NO C.C. _____ HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA INCAPAZ DE TOMAR POR SI MISMO LA DECISION DE ACEPTAR O RECHAZAR EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ARRIBA. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUE ES, COMO SE HACE, PARA QUE SIRVE ESTE PROCEDIMIENTO. TAMBIEN SE ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES. HE COMPRENDIDO TODO LO ANTERIOR PERFECTAMENTE Y POR ELLO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO REALICE EL PROCEDIMIENTO. PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO EN BIEN DEL PACIENTE SE PRESUMA OPORTUNO.

Firma de la paciente
NO C.C.

Firma de testigo Parentesco
NO C.C.

DECLARACION DEL PROFESIONAL TRATANTE

YO _____, COMO PROFESIONAL TRATANTE HE INFORMADO A _____, SOBRE EL PROPOSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE, POSIBLES RIESGOS Y RESULTADOS ESPERADOS, DE QUE NO EXISTEN GARANTIAS DE LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO.

Firma de profesional
NO C.C.

Firma de Familiar, Parentesco
NO C.C.

DISENTIMIENTO

YO, _____, RECHAZO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE Y CONOZCO LAS POSIBLES CONSECUENCIAS PARA LA VIDA DEL PACIENTE, ADEMÁS ENTIENDO, QUE A PESAR DE NO ACEPTARLO, PUEDO CONTINUAR RECIBIENDO LA ATENCION EN LA INSTITUCION.

Firma del paciente o responsable
NO C.C.

Firma de testigo
NO C.C.

CONSENTIMIENTO ILUSTRADO:(Con sus propias palabras describa en forma sencilla lo entendido): _____

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

DATOS PERSONALES

NOMBRE PACIENTE JHON JAIRO PIÑEROS VANEGAS

FOLIO 5

DOCUMENTO / HISTORIA

93409273

EDAD: 40 Años \ 8 Meses \ 27 Días

SEXO Masculino

ESTADO CIVIL

Soltero

DIRECCION CARRERA 30 # 17-76

TELEFONO 3196303357

Procedencia: SOACHA (CUNDINAMARCA)

Ingreso 1878293

FECHA DOCUMENTO

6 de diciembre de 2018 10:02 a.m.

DATOS DE AFILIACIÓN

ENTIDAD 2605 - NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Regimen Subsidiado

Estrato

NIVEL 2

Resultados Exámenes Diagnósticos:

Servicio: (19886) SIFILIS SEROLOGIA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)

SEROLOGIA PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL: NO REACTIVA Valores de Referencia: - Unidades:

Servicio: (19911) TIROIDEA ESTIMULANTE TSH

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH: 3.26 Valores de Referencia: 0.5-5.8 Unidades: uUI/mL

Servicio: (19749) NITROGENO UREICO

NITROGENO UREICO BUN: 22.60 Valores de Referencia: 8.8-20.5 Unidades: mg/dL

Servicio: (19934) TRANSAMINASA PIRUVICA /ALAT

TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGP-ALT: 32.0 Valores de Referencia: 0-45 Unidades: U/L

Servicio: (19933) TRANSAMINASA OXALACETICA /ASA

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA TGO-AST: 15.0 Valores de Referencia: 0-35 Unidades: U/L

Servicio: (19290) CREATININA SUERO ORINA Y OTROS

CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS: 1.07 Valores de Referencia: 0.67-1.17 Unidades: mg/dL

Servicio: (19490) GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA: 111 Valores de Referencia: 70-115 Unidades: mg/dL

Servicio: (19792) POTASIO

POTASIO ION SELECTIVO: 4.39 Valores de Referencia: 3.5-4.5 Unidades: mmol/L

Servicio: (19891) SODIO

SODIO ION SELECTIVO: 143.40 Valores de Referencia: 135-145 Unidades: mmol/L

Servicio: (19224) CLORURO O CLORO

CLORO ION SELECTIVO: 109.40 Valores de Referencia: 96-105 Unidades: mmol/L

Servicio: (19304) CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA

RECUENTO DE CELULAS BLANCAS CH: 12.71 Valores de Referencia: 4.6-10.2 Unidades: 10³/μL

RECUENTO DE NEUTROFILOS: 10.1 Valores de Referencia: 2.0-7.8 Unidades:

RECUENTO DE LYMFOCITOS CH: 1.7 Valores de Referencia: 0.6-4.1 Unidades:

RECUENTO DE MONOCITOS: 0.9 Valores de Referencia: 0.0-0.8 Unidades:

RECUENTO DE EOSINOFILOS CH: 0.09 Valores de Referencia: 0-0.6 Unidades:

RECUENTO DE BASOFILOS: 0.04 Valores de Referencia: 0-0.2 Unidades:

PORCENTAJE DE NEUTROFILOS CH: 79.2 Valores de Referencia: 37.0-92.0 Unidades: %

LYMFOCITOS % CH: 13.1 Valores de Referencia: 10-50 Unidades: %

MONOCITOS % CH: 6.7 Valores de Referencia: 3-12 Unidades: %

EOSINOFILOS % CH: 0.70 Valores de Referencia: 0.5-11 Unidades: %

BASOFILOS % CH: 0.30 Valores de Referencia: 0-2.0 Unidades: %

RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS CH: 5.96 Valores de Referencia: 4.2-5.4 Unidades: 10⁶/μL

HEMOGLOBINA CH: 18.3 Valores de Referencia: 11-18 Unidades: g/dL

HEMATOCRITO CH: 53.5 Valores de Referencia: 36-54 Unidades: %

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC): 89.7 Valores de Referencia: 80-100 Unidades: fL

HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH): 30.7 Valores de Referencia: 27-31 Unidades: P g

CONCENTRACION CORPUSCU. MEDIA DE Hb (MCHC): 34.2 Valores de Referencia: 33-37 Unidades: g/dL

ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS: 13.3 Valores de Referencia: 10.0-16.5 Unidades: %

PLAQUETAS CH: 294.0 Valores de Referencia: 150-450 Unidades: 10³/μL


PLAQUETOCRITO: 0.23 Valores de Referencia: 0.10-1.00 Unidades: %

VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO: 7.8 Valores de Referencia: 5.0-10.0 Unidades: fL

ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO PDW: 15.4 Valores de Referencia: 11.5-14.5 Unidades: %

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR		
	PROCESO: Gestión de Servicios de Salud Urgencias	CÓDIGO	URG-FTO-07
		VERSIÓN	1
	VIGENCIA	28/08/2014	

FECHA: _____

SERVICIO: _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD _____ NO C.C. _____

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____

DECLARACION DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (SOLO EN CASO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE)

YO _____, SE QUE EL PACIENTE _____
 NO C.C. _____ HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA INCAPAZ DE TOMAR POR SI MISMO LA DECISION DE ACEPTAR O RECHAZAR EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ARRIBA. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUE ES, COMO SE HACE, PARA QUE SIRVE ESTE PROCEDIMIENTO. TAMBIEN SE ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES. HE COMPRENDIDO TODO LO ANTERIOR PERFECTAMENTE Y POR ELLO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO REALICE EL PROCEDIMIENTO. PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO EN BIEN DEL PACIENTE SE PRESUMA OPORTUNO.

 Firma de la paciente
 NO C.C.

 Firma de testigo Parentesco
 NO C.C.

DECLARACION DEL PROFESIONAL TRATANTE

YO _____, COMO PROFESIONAL TRATANTE HE INFORMADO A _____, SOBRE EL PROPOSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE, POSIBLES RIESGOS Y RESULTADOS ESPERADOS, DE QUE NO EXISTEN GARANTIAS DE LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO.

 Firma de profesional
 NO C.C.

 Firma de Familiar, Parentesco
 NO C.C.

DISENTIMIENTO

YO, _____, RECHAZO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE Y CONOZCO LAS POSIBLES CONSECUENCIAS PARA LA VIDA DEL PACIENTE, ADEMÁS ENTIENDO, QUE A PESAR DE NO ACEPTARLO, PUEDO CONTINUAR RECIBIENDO LA ATENCION EN LA INSTITUCION.

 Firma del paciente o responsable
 NO C.C.

 Firma de testigo
 NO C.C.

CONSENTIMIENTO ILUSTRADO:(Con sus propias palabras describa en forma sencilla lo entendido): _____