

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE HISTORIA CLÍNICA INGRESO A ATENCION DE URGENCIAS

## DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 39760264 **FECHA DE FOLIO:** 29/01/2019 11:43:32 a. m. **Nº FOLIO:** 1  
**Nombre Paciente:** NANCY PATRICIA RODRIGUEZ VARGAS **Identificación:** 39760264 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 12/diciembre/1971 **Edad Actual:** 47 Años \ 1 Meses \ 17 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CALLE 14 # 108 48 **Teléfono:** 3138550010  
**Procedencia:** LOC. FONTIBON **Ocupación:** OTROS OFICIOS

## DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** EPS NUEVA EPS **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** EPS NUEVA EPS CONTRIBUTIVO **Nivel - Estrato:** BENEFICIARIO CATEGORIA A

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 407765 **FECHA DE INGRESO:** 29/01/2019 9:36:26 a. m.  
**FINALIDAD CONSULTA:** No\_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad\_General  
**RESPONSABLE:** N N **DIRECCION RESPONSABLE:** N **TELEFONO RESPONSABLE:** 3138550010  
**PAREN TESCO RESPONSABLE**  
**CENTRO DE ATENCIÓN:** FO03 - USS FONTIBON **ÁREA DE SERVICIO:** FO03B01 - CONSULTA URGENCIAS FONTIBON  
**TRIAGE:** 64252 **Fecha Triage:** 29/01/2019 9:18:14 a. m. **003 - III URGENCIA (REQUIERE MEDIDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN URGENCIAS) ATENCION 180 MIN**  
**NIVEL EDUCATIVO** 3.BASICA SECUNDARIA **ETNIA** 6.NINGUNO DE LOS ANTERIORES **DISCAPACIDAD NO TIPO DE DISCAPACIDAD**  
**OCUPACION:** INDEPENDIENTE **RELIGION:** 10.NINGUNA **RESPONSABLE**

## DATOS DEL PACIENTE

**NIVEL EDUCATIVO** 3.BASIC **ETNIA** 6.NINGUNO **DISCAPACIDAD** NO  
A DE LOS  
SECUN ANTERIOR  
DARIA ES

**TIPO DE DISCAPACIDAD** **OCUPACION** INDEPENDIENTE  
**RELIGION** 10.NINGUNA **PRIMERA VEZ DEL AÑO**

## CAUSA EXTREMA POR LA CUAL LLEGO EL PACIENTE

Enfermedad\_General

**OTRA NO CUAL**

**ES UNA URGENCIA SI**

## MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA CLINICA URGENCIAS TRIAGE III - 10+30" ME QUIERO MORIR"

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA HERMANA, CON CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION EL CUAL SE EXACERBA HACE 12 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LLANTO LABIL, INSOMNIO, ADEMAS DE IDEACION SUICIDA, ASTENIA, ADINAMIA, REFIERE POSTERIOR A SITUACION FAMILIAR, REFIERE: " MI ESPOSO DE 25 AÑOS ME DEJO POR LA EMPLEADA Y MIS DOS HIJOS ME ODIAN, ME ENVIAN MENSAJES QUE ME ODIAN... , ME DEJARON SIN NADA Y ME QUIERO MORIR ...YA NO QUIERO VIVIR... NO QUIERO VERLOS Y ME ENVIAN MENSAJES INSULTANDOME..", NIEGA MEDICACION EN CASA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

## REVISIÓN POR SISTEMAS

DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVAS DE CARACTERISTICAS NORMALES.

Menarquia Años Ciclos FUR  
**EXÁMEN FÍSICO** **PACIENTE SIN SIGNOS VITALES NO**  
TEMP 36,50 FR 20 FC 89 TA 130 / 82 TAM 98,00 EVA /10 GLASGOW 15 /15  
PESO 80,00 TALLA 160,00 IMC 31,25 SAT.O2 95 FIO2 21 CONDICIONES REGULARES

## OBSERVACIONES

NO REFIERE

## SISTEMA

**Cabeza:** NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA  
**Cuello:** NO MASAS, NO INGURGITACION YUGULAR.  
**Torax:** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS  
**Abdomen:** BLANDO, DEPREISLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
**Genitourinario:** NO SE EXPLORA.  
**Osteoarticular:** SIN ALTERACIONES  
**Neurológico:** ALERTA, ORIENTADA, CON LLANTO LABIL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION  
**Piel y Faneras:** SIN ALTERACIONES  
**Extremidades** EUTROFICAS, NO EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

## ANALISIS

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE HISTORIA CLÍNICA INGRESO A ATENCION DE URGENCIAS

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA HERMANA, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO CON REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACION HACE 2 AÑOS, CON CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION EL CUAL SE EXACERBA HACE 12 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LLANTO LABIL, INSOMNIO, ADEMAS DE IDEACION SUICIDA, ASTENIA, ADINAMIA, REFIERE POSTERIOR A SITUACION FAMILIAR, REFIERE: " MI ESPOSO DE 25 AÑOS ME DEJO POR LA EMPLEADA Y MIS DOS HIJOS ME ODIAN, ME ENVIAN MENSAJES QUE ME ODIAN... , ME DEJARON SIN NADA Y ME QUIERO MORIR ...YA NO QUIERO VIVIR... NO QUIERO VERLOS ..", EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES, CON LLANTO LABIL, SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD, PENSAMIENTOS SUICIDAS, ALTERACION DEL SUEÑO QUE SE INTENSIFICO HACE 10 DIAS, Y DISMINUCION DEL APETITO, SE CONSIDERA TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO, SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA DESCARTAR CAUSAS ORGANICAS, POR LO QUE SE INDICA INGRESO PARA VALORACION POR TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA Y REMISION PARA PSIQUIATRIA, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

## CONDUCTA

2. OBSERVACION

## TRASLADO INTERNO

## ESPECIALIDAD

## POR QUE

## OTRAS REDES

## ESPECIALIDAD

## POR QUE

## PLAN DE MANEJO

URGENCIAS OBSERVACION DIETA NORMAL UBICAR EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS ACOMPAÑANTE L. RINGER BOLO DE 1000 CC ALPRAZOLAM 0.25 VO AHORA RANITIDINA 50 MG IV AHORA SE SOLICITAN PARACLINICOS SE SOLICITA VAL POR T SOCIAL Y PSICOLOGIA SE REALIZA REMISION A PSIQUIATRIA CSV-AC

## IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

## NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

## TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO

## REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

## CUAL

## EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO

## REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA

## POR QUE

## REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN DESCRITOS EN LA FORMULA MEDICA

## ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE
Médicos	29/01/2019	TRASTORNO DEPRESIVO DESDE HACE 25 AÑOS CON REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACION EN NEIVA Y CLINICA DE LA PLAZ. FIBROMIALGIA HIPOTIROIDISMO
Alérgicos	29/01/2019	NIEGA
Farmacológicos	29/01/2019	LEVOTIROXINA 75 MCG DIA.
Quirúrgicos	29/01/2019	TIMPANOPLASTIA HACE 10 AÑOS CESAREA #1

## DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx Ingreso	Dx Egreso
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Observación			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	1	

Fecha  
Realización:  
Fecha Resultado:  
Resultado:  
Fecha Interpretación:  
Análisis:

## SODIO

1

Fecha  
Realización:

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE HISTORIA CLÍNICA INGRESO A ATENCION DE URGENCIAS

Fecha Resultado:

Resultado:

Fecha Interpretación:

Análisis:

POTASIO

1

Fecha

Realización:

Fecha Resultado:

Resultado:

Fecha Interpretación:

Análisis:

UROANALISIS

1

Fecha

Realización:

Fecha Resultado:

Resultado:

Fecha Interpretación:

Análisis:

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

1

Fecha

Realización:

Fecha Resultado:

Resultado:

Fecha Interpretación:

Análisis:

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

1

Fecha

Realización:

Fecha Resultado:

Resultado:

Fecha Interpretación:

Análisis:

NITROGENO UREICO

1

Fecha

Realización:

Fecha Resultado:

Resultado:

Fecha Interpretación:

Análisis:

## PLAN DE TRATAMIENTO

Cantidad	Nombre	Observacion
2	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	1000 CC AHORA
1	RANITIDINA 50MG/2ML SOLUCION INYECTABLE 50mg/2ml solucion inyectable	50 MG IV AHORA
1	ALPRAZOLAM 0,25MG TABLETA	VO AHORA

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
--------	----------	-------------

## PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
--------	----------	-------------

## INDICACIONES DE SALIDA

Dieta:

Recomendaciones:

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE  
ESE  
HISTORIA CLÍNICA  
INGRESO A ATENCION DE URGENCIAS**

Actividad Física:

Pedir Cita:

Días

Cita con:

Sitio:

**INDICACIONES MEDICAS**

Tipo Indicación: **Urgencias\_Observacion**

Detalle Indicación: URGENCIAS OBSERVACION DIETA NORMAL UBICAR EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS ACOMPAÑANTE L. RINGER BOLO DE 1000 CC ALPRAZOLAM 0.25 MG VO AHORA RANITIDINA 50 MG IV AHORA SE SOLICITAN PARA CLINICOS SE SOLICITA VAL POR T SOCIAL Y PSICOLOGIA SE REALIZA REMISION A PSIQUIATRIA CSV-AC

Nombre Medico: ALDANA SANCHEZ MARIA ANGELICA

Registro: 1018472649

Especialidad: MEDICINA GENERAL