



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación	TI 1007794237
Paciente	DIEGO ANDRÉS TORRES MARQUEZ
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	10/09/2000
Edad y género	17 Años y 9 meses, Masculino
Identificador único	459791-1
Responsable	FAMISANAR SAS

Página 1 de 11

## INFORME DE EPICRISIS

### INGRESO DEL PACIENTE

Servicio de Ingreso: HOSPITALIZACIÓN  
Remitido de otra IPS: HOSPITAL CONTINENTES

Fecha y hora de ingreso: 28/05/2016 19:14

Número de ingreso: 459791-1

### INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Paciente refiere que en horas de la mañana, salta desde un cierto piso, caida sobre hemitórax izquierdo. Hay pérdida de conocimiento, no es claro el tiempo, no hay movimientos anormales en el momento. Herida en región supraciliar izquierda. La cual es suturada en sitio de remisión. Refiere que momentos después de la caída, vuelve a perder conocimiento y recuerda ya estando en el hospital. Según la madre salta en intento de suicidio por desajuste amoroso.

Es llevado a control de fontanela donde toma rx craneo según remisión dentro de límites normales. Se traslada para continuar monitorización en cuidado intensivo.

Trae hemoglobina 13.6 creatinina 0.91 por 0.049mg/dl. Ipt 13.5 seg Ipt 24.3 seg Ipt 1.3 adecuado.

Revisión por sistemas:

Órganos de los Sentidos: Normal. Sistema Respiratorio: Normal. Sistema Cardiovascular: Normal. Sistema Gastrointestinal: Normal. Sistema Genitourinario: Normal. Sistema Musculo Esquelético: Normal. Sistema Endocrino: Normal. Piel y anexos: Normal. Sistema Neurológico: Normal. Sistema Urinario: Normal.

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 29/08/2018

Grupo	Descripción
Alérgicos	Negativos
Reconstrucción Medicamentosa	Negativos
Fisiológicos	Negativos
Intoxicações	Negativos
Quirúrgicos	Negativos
Anestésicos	Negativos
Transfusionales	Negativos
Toxicológicas	Refiere con consumo matutino de cocaína y media una vez.
Familiares	Negativos
Traumáticos	Negativos
Desarrollo Psicomotor	Adecuado
Socioculturales	Vive con la padre, la madrestra y dos hermanos, no mascotas, servicios completos.

### Examen físico

#### Abdomen

- Abdomen: Anormal. leve distensión abdominal. no hay dolor. no signos de trauma.

#### Cabeza

- Cráneo y Cara: Anormal. edema parietal superior izquierda. herida lineal supraciliar. herida lineal supraorbitaria.

#### Cardiopulmonar

- Corazón: Normal.

- Pulmones: Normal.

#### Columna

- Columna Vertebral: Normal.

#### Cuello

- Cuello: Normal.

- Faringe: Normal.

#### Neurológico

- Neurológico: Normal.

- Neurológico: Normal.

- Motor: Normal.

- Reflejos: Normal.

- Sensitivo: Normal.

#### Órganos de los Sentidos

- Boca: Normal.

Firmado electrónicamente





IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1007794237	
Paciente: DIEGO ANDRÉS TORRES MARQUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/09/2000	
Edad y género: 17 Años y 9 meses, Masculino	
Responsable: FAMILIAR SAS	
Identificador único: 459791-1	

- Nalg: Normal  
- Oídos: Normal  
- Cuello: Anormal: equitosis paracervical superior izquierda  
- Extremidades: Ecclintiores Normal, Ext Superiores Normal, Pelvis

- Puntos Anormales: relieve dolor a palpación en cada cuadrante abdominal, no hay signos de peritonitis estable

- Puntos Anormales: Normal

- Puntos Anormales: Normal

- Examen físico: Anormal: ideas suicidas

- Torax:

- Signos vitales

Pa. Sistólica: 115/70 mmHg, Pa. Diastólica: 70/40 mmHg, Frecuencia cardíaca: 100/min, Frecuencia respiratoria: 18/min, Peso: 60 kg, Talla: 1.75 m

Diagnósticos al ingreso

Diagnóstico principal: SUICIO - TRAUMATISMO CERVICAL DE USO

Otros diagnósticos al ingreso: LESIÓN AUTOLIMFÁTICA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO, VIVIENDA

5011 - HERIDA DEL PARIETAL Y DE LA REGIÓN PARIETOCULAR

Conducta

Historia de suicidio: se trata de un paciente con antecedentes de suicidio, no hay otros signos de traumatismo

Se trata de un paciente con antecedentes de suicidio, no hay otros signos de traumatismo

Nota de evolución

Fecha: 30/05/2018 10:30

Reporte preliminar

Examen físico: normal, no hay lesiones de fractura, no se observan heridas o lesiones axiales

Examen físico: normal

Examen físico: normal, se observan heridas de fractura, se observan heridas de fractura

Resumen general de la atención del paciente

SOAP TURNO NOCHE

PACIENTE CON CAJILLA NASAL A - LITROS CON SATURACIÓN DE OXÍGENO CONECTADO CON EL MEDICO DESP. ETC. RESPIRATORIO

SE REALIZA CON LITROS DE OXÍGENO SE CAMBIA SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA POR PROTOCOLO INSTITUCIONAL

PACIENTE EN VIGILANCIA CUERDA Y LITROS

PLAN DE MANEJO: TERAPIA RESPIRATORIA

Fecha: 30/05/2018 05:45

Evacuación: normal

SOAP Evacuación: normal



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1007794237	
Paciente: DIEGO ANDRÉS TORRES MARQUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/09/2000	
Edad y género: 17 Años y 9 meses, Masculino	
Identificador único: 458791-1	Responsable: FAMISANAR SAS

Página 3 de 11

## RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Diagnósticos:  
 Posttraumático  
 Trauma facial  
 Intento suicida  
 Bañice: 2 horas  
 Aminostragos: 870 cc  
 Elminacos: 160 cc  
 Balance: 710 cc  
 Balance: 1,2 cc  
 Hemodinámico: ruidos cardíacos rítmicos, ekg taquicardia sinusal, sin soplos, pulsos centrales y periféricos adecuados, llenado capilar 2 segundo  
 Respiratorio: oxígeno por cánula nasal convencional 1 l/min, expansión torácica simétrica, no dificultad respiratoria, no agregados  
 Gastrointestinal: abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, tolera la vía oral deposición negativa  
 Renal: diuresis espontánea, no hematuria macroscópica  
 Metabólico: estable  
 Infeccioso: no disenterias, no antitético  
 Hematológico: no sangrados activos, leve palidez  
 Neurológico: glasgow 15/15, orientado en las 3 esferas, no focalización, no movimientos anormales, simetría facial, edema periorbitario izquierdo con equimosis, hía movilidad de globo ocular  
 Plan de manejo: paciente sin deterioro clínico, no alteración a examen neurológico, valoración por trabajo social y psiquiatría, riesgo suicida, riesgo social, vigilancia neurológica 24 horas en internados por riesgo moderado con pérdida de conciencia  
 Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: riesgo suicida, riesgo social, vigilancia neurológica 24 horas en internados por riesgo moderado con pérdida de conciencia  
 Fecha: 30/06/2018 15:34  
 Evolución UCI - PEDIATRÍA  
 SOAP: Evolución internados tarde  
 Diagnósticos anotados:

Hemodinámico: ruidos cardíacos rítmicos, ekg taquicardia sinusal, sin soplos, pulsos centrales y periféricos adecuados, llenado capilar 2 segundo  
 Respiratorio: oxígeno por cánula nasal convencional 1 l/min, expansión torácica simétrica, no dificultad respiratoria, no agregados  
 Gastrointestinal: abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, tolera la vía oral deposición negativa  
 Renal: diuresis espontánea, no hematuria macroscópica  
 Metabólico: estable  
 Infeccioso: no disenterias, no antitético  
 Hematológico: no sangrados activos, leve palidez  
 Neurológico: glasgow 15/15, orientado en las 3 esferas, no focalización, no movimientos anormales, simetría facial, edema periorbitario izquierdo con equimosis, hía movilidad de globo ocular

Análisis de resultados: REPORTE DE TAC: FRACTURA LINEAL, NO DEPRIMIDA DE LA FOSA CRANIAL ANTERIOR IZQUIERDA HÍPODENSE FRONTAL ETRIMICA IZQUIERDO  
 REPORTE DE RX RELAS COSTAL IZQUIERDA Y DERECHAS NORMALES  
 Plan de manejo: paciente sin deterioro clínico, no alteración al examen neurológico, se continúa vigilancia, a la espera de valoración por psiquiatría para definir lugar de manejo posterior, alto riesgo social, continúa vigilancia clínica  
 Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: alto riesgo social  
 SOAP: Turno tarde

paciente en la unidad de cuidado intensivo pediátrico alerta estable hemodinámicamente atento al tacto, en el momento en compañía de su mamá con soporte de oxígeno dado por cánula nasal a 1 l/min sin signos de dificultad respiratoria a la auscultación sin agregados pulmonares saturación 92% fci 10

paciente tolera procedimientos sin complicación continua estable bajo vigilancia médica monitorización continua  
 Plan de manejo: oxígeno bajo flujo

Fecha: 30/06/2018 20:44  
 Evolución UCI - PEDIATRÍA  
 SOAP: Evolución internados noche  
 Diagnósticos anotados:

Hemodinámico: ruidos cardíacos rítmicos, ekg taquicardia sinusal, sin soplos, pulsos centrales y periféricos adecuados, llenado capilar 2 segundo  
 Respiratorio: oxígeno por cánula nasal convencional 1 l/min, expansión torácica simétrica, no dificultad respiratoria, no agregados  
 Gastrointestinal: abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, tolera la vía oral deposición negativa  
 Renal: diuresis espontánea, no hematuria macroscópica  
 Metabólico: estable  
 Infeccioso: no disenterias, no antitético  
 Hematológico: no sangrados activos, leve palidez  
 Neurológico: glasgow 15/15, orientado en las 3 esferas, no focalización, no movimientos anormales, simetría facial, edema periorbitario izquierdo con equimosis, hía movilidad de globo ocular  
 Plan de manejo: paciente sin deterioro clínico, en vigilancia clínica, se espera valoración por psiquiatría para definir si requiere hospitalización en unidad de salud mental o manejo ambulatorio  
 Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: alto riesgo social, vigilancia neurológica, riesgo suicida

Firmado electrónicamente

Documento impreso el día 04/07/2018 09:28:59







IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1007794237	
Paciente: DIEGO ANDRES TORRES MARQUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/09/2000	
Edad y género: 17 Años y 9 meses, Masculino	
Identificador único: 459791-1	Responsable: FAMISANAR SAS

Página 5 de 11

### RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

PATRÓN RESPIRATORIO, NO SDR EN EL MOMENTO.

SE REALIZA

CONTROL DE OXIMETRÍA

DESTETE DE OXIGENO DESDE LAS 8 AM. TOLERA HASTA EL MOMENTO QUEDA AL 21% CON SAT DE 92 %

Plan de manejo: Se educó al paciente, familia y/o acompañante sobre: \_\_\_\_\_

OXIMETRÍA

OXIGENOTERAPIA

DESTETE DE OXIGENO DESDE LAS 8 AM

SOAP: TURNO TARDE

POTE ESTABLE, SIN SOPORTE DE OXIGENO EN DESTETE DESDE LAS 8 AM. CON SAT DE 95%. SIN AGREGADOS PULMONARES

ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO, NO SDR EN EL MOMENTO.

SE REALIZA

CONTROL DE OXIMETRÍA

Plan de manejo: Se educó al paciente, familia y/o acompañante sobre: \_\_\_\_\_

OXIMETRÍA

DESTETE DE OXIGENO DESDE LAS 8 AM

Fecha: 01/07/2018 21:33

Evaluación UCI - PEDIATRÍA

SOAP: EVOLUCIÓN CUIDADO INTERMEDIO - NOCHE

#### DIAGNÓSTICOS ANOTADOS

Hemodinámico: Ronda nasal en monitor con ruidos cardíacos sin soplos. Pulso centrales y periféricos adecuados. Tiempo capilar 2 segundos. Sin soporte.

Respiratorio: No dificultad respiratoria - no requerimiento de oxígeno suplementario. Expansión de tórax simétrica. Murmulla vesicular global.

Gastrointestinal: Tolerancia vía oral deposición normal en la mañana. Pa 74cms sin cambios. Abdomen blando depresible - no doloroso a la palpación, no irascas ni megalias.

Renal: Balance negativo - no signos de hipervolemia. Gasto urinario adecuado.

Metabólico: estable

Procedido: no distelmias - no antibiótico

Hematológico: no sangrados activos - leve anemia

Neurológico: Alerta sin cambios. Glasgow 15/15 - prensado en las 3 esferas - no focalización - no movimientos anormales. Sinetna lateral, edema periorbita no izquierdo con equimosis - sin alteración en movilidad de globos oculares.

Plan de manejo: Diego con diagnósticos anotados, permanece clínicamente estable, en vigilancia en cuidado intermedio por alto riesgo de secuelas en pendiente ecografía de abdomen, continuamos vigilar a clínica en cuidado intermedio, manejo médico sin cambios. Madre al tanto de la condición de su hijo.

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN.

SOAP: TURNO NOCHE

Paciente en aceptable estado general, alerta - afebril al tacto - mucosas hidratadas - en compañía de familia - en destete de oxígeno tolerando sin complicación saturando 92% fci 85 - no presenta signos de dificultad respiratoria - a la auscultación sin agregados pulmonares.

continúa bajo seguimiento médico

Plan de manejo: Se educó al paciente, familia y/o acompañante sobre: \_\_\_\_\_

CONTROL DE OXIMETRÍA

VIGILANCIA DE PATRÓN RESPIRATORIO

Fecha: 02/07/2018 09:19

Evaluación UCI - PEDIATRÍA

SOAP: edad: 17 años

signos vitales:

Poliartralgias

Trauma facial

Intenidos, uida

Líquidos administrados: 1450cc

Líquidos eliminados: 1060cc

diuresis: 1350cc

diuresis: 0.8cc/kg/hora

Formada e electrónicamente





IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1007794237	
Paciente DIEGO ANDRES TORRES MARQUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/09/2000	
Edad y género: 17 Años y 8 meses, Masculino	
Identificador único: 459791-1	Responsable FAMISANAR SAS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Remanente normotenso, ritmo sinusal, no soplos, buen llenado capilar  
sin soporte  
respiratorio: rales espontáneas, normoexpansible, simétrico, no agregados  
sin soporte  
metabólico: asintomático sin soporte  
miocárdio: sin distorsión, no hay soporte  
sin soporte  
esófago: sin vel de parada izquierda  
gastrointestinal: no masas ni megalias  
sin soporte  
renal: micción espontánea, balance positivo  
sin soporte  
nefrología: Glasgow 15/15, no localización, no soporte  
soporte: soporte nativo

Artículo: adecuadamente musculoso con ritmo cardíaco estable, anillo adecuado, en espera de valoración por psiquiatría para definir conducta  
se explica a la madre  
Plan de trabajo: Se inicia valoración y se reduce a la familia y/o acompañante sobre \_\_\_\_\_ y se sugiere asiste a programas de promoción y prevención acordados para su caso en su país.  
Se le valoraron por psiquiatría  
resto igual  
Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: vigilancia neurológica, pedimento valoración por psiquiatría, riesgo suicida  
Fecha: 02/07/2018 23:26  
Evolución: SERVICIO DE PEDIATRÍA  
SOAP: EVOLUCIÓN INTENSIVOS NOCHE  
Tratamiento

diagnóstico con análisis  
icidios: activación: 65 cc EV – 40 cc VO – 80 cc  
líquidos eliminados: 850 cc diuresis + 342 cc FI = 1192 cc  
ABG:  $pO_2$  = 132 cc  
diuresis: 4 cc/cc/hora

Héptico-renal: normotenso, ritmo sinusal, no soplos, buen llenado capilar, puños simétricos, de adecuada movilidad  
sin soporte  
Respiratorio: rales espontáneas, normoexpansible, simétrico, no agregados  
sin soporte  
(Gastrointestinal: no masas ni megalias, abdomen blando, no megalias  
sin soporte  
renal: micción espontánea, balance positivo  
sin soporte  
Metabólico: asintomático  
sin soporte  
Neurología: Glasgow 15/15, no localización, no soporte  
soporte: soporte nativo

Finalizado e electrónicamente  
neurología: Glasgow 15/15, no localización, fuerza y tono conservado  
soporte: soporte nativo  
Fiel, escucha a nivel de parpado izquierdo  
sin soporte  
Infectioso: sin distorsión, no aparecen sépsis  
sin soporte  
Metabólico: asintomático  
sin soporte  
renal: micción espontánea, balance positivo  
sin soporte  
(Gastrointestinal: no masas ni megalias, abdomen blando, no megalias  
sin soporte  
Respiratorio: rales espontáneas, normoexpansible, simétrico, no agregados  
sin soporte  
Héptico-renal: normotenso, ritmo sinusal, no soplos, buen llenado capilar, puños simétricos, de adecuada movilidad  
sin soporte



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación	TI 1007794237
Paciente	DIEGO ANDRES TORRES MARQUEZ
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	10/09/2000
Edad y género	17 Años y 9 meses, Masculino
Identificador único	459791-1
Responsable	FAMISANAR SAS

Página 7 de 11

## RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Análisis: Adolescente masculino con diagnósticos anteriores en establecimiento hemodinámico y respiratorio, acepta y tolera la vía oral, adecuado gasto urinario, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, no deterioro neurológico, tranquilo, estable, ánimo adecuado, en espera de valoración por psiquiatría para definir conducta.

Plan de manejo: pendiente valoración por psiquiatría

resto igual.

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Riesgo psicossocial

Fecha: 23/07/2018 10:17

Evolución UCI - PEDIATRÍA

SOAP: EVOLUCIÓN UCI P. MANANA

Paciente masculino de 17 años de edad con dx de:

1. Faltas al asma
2. Trauma facial
3. Intento suicida

líquidos administrados: 1020 cc

líquidos eliminados: 1553 cc

diuresis: -530 cc

diuresis: 1 coligina

hemodinámico: normal sin ritmo sinusal, no soplos, buen llenado capilar, sin bajo gasto sin soporte

respiratorio: patrón espontáneo, murmurales, sin crepitales, sin rales, no agregados sin soporte

metabólico: asintomático, sin soporte, sin alteración en electrolitos

infeccioso: sin distermias, no luce séptico sin soporte  
escoriación a nivel de párpado izquierdo

gastrointestinal: tolera vía oral, abdomen blando, no masas, no megalias  
sin soporte

renal: micción espontánea, balance negativo  
sin soporte

neurológico: glasgow 15/15, no focalización  
soporte: acetaminófen

análisis

Adolescente masculino, tranquilo, estable, ánimo adecuado, mantiene estabilidad hemodinámica sin bajo gasto, sin compromiso respiratorio, sin alteración metabólica infecciosa o neurológica, su evolución es estacionaria, en espera de valoración por psiquiatría para definir conducta

Análisis de resultados: no

Plan de manejo: Se brinda información y se educa a la familia y/o acompañante score \_\_\_\_\_ y se sugiere asistir a programas de promoción y prevención acorde a su edad en su casa

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: monitoreo neurológico

Fecha: 23/07/2018 11:28

Evolución: TRABAJO SOCIAL

SOAP: paciente 17 años

se encuentra paciente en compañía de padre a quien se le indaga situación actual donde informó que vive en Bogotá, localidad de Fontibón, junto con su pareja actual y sus tres hijos de su primera unión y el cual tiene la custodia desde los 7 años de vida escolar, frente a al amor con vive cerca a su casa y mantiene permanente contacto con el paciente, quien se encuentra escolarizado en la jornada tarde con adecuado rendimiento académico y disciplinario, frente a lo sucedido el padre manifiesta que ocurrió el día viernes 29 de junio en horas de la mañana, quien evidencia lo sucedido es la esposa del padre quien sube al cuarto pero ya que no encuentra al paciente en su habitación y ve cuando el caso vacío, de allí el padre lo trasladó al hospital de Fontibón donde realizan atención primaria, y remite para manejo en unidad pediátrica del instituto, el padre manifiesta no haber observado ningún cambio significativo de él, asimismo el padre informa paciente no consume sustancias psicoactivas o garrafas o alcohol, no presenta fluctuaciones en su comportamiento, solo que se encontraba peleando con la novia la cual lleva 3 años pero el padre lo conoce hace años y mucho, información entregada por los amigos, así mismo informa que la noche anterior al evento dejó cosas a sus familiares así mismo, mensajes por celular a amigos

Plan de manejo: Se brinda información y se educa a la familia y/o acompañante sobre: se envía reporte ante si vesca así mismo se encera

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día: 04/07/2019 09:28:59







IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1007794237	
Paciente: DIEGO ANDRES TORRES MARQUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/09/2000	
Edad y género: 17 Años y 9 meses, Masculino	
Identificador único: 458781-1	Responsable: FAMISANAR SAS

Página 9 de 11

## RÉSUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

renal: micción espontánea, balance negativo sin soporte

neurológico: glasgow 15/15, no focalización soporte: acetaminofen

análisis  
Adolescente masculino, tranquilo, estable, sin manejo adecuado, mantiene estabilidad hemodinámica sin bajo gasto, sin compromiso respiratorio, sin alteración metabólica infecciosa o neurológica, su evolución es estacionaria. VALORADO por psiquiatra quien considera ante el riesgo de repetir intento suicida decide remitirlo a unidad de salud mental infantil, estando pendientes de remisión.

Análisis de resultados: no  
Plan de manejo: Se brinda información y se educa a la familia y/o acompañante sobre \_\_\_\_\_, y se sugiere asistir a programas de promoción y prevención acordes para su edad en su eps.  
Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: intento de suicidio.  
Fecha: 23/07/2018 21:09  
Evolución UCI - PEDIATRÍA  
SOAP: EVOLUCIÓN UCI P NOCHE

Paciente masculino de 17 años de edad con dx de:  
1. Politraumatismo  
2. Trauma facial  
3. Intento suicida

Se en compañía del padre, refiere leve dolor a nivel dorsal que se exacerba con cambios de posición.

Balance hídrico 12 horas: +980 ml  
GJ: 2.4 cc/kg/hora

Hemodinámico: normotenso, ritmo sinusal, no soplos, buen llenado capilar, sin bajo gasto sin soporte.  
Respiratorio: patrón espontáneo, normoexpansible, simétrico no agregados sin soporte.  
Metabólico: asintomático sin soporte, sin alteración en electrolitos.  
Infeccioso: sin distensiones, no luce seelcos sin soporte, no se ve a nivel de parpado izquierdo agalantamiento, lo era vía oral, abdomen blando no masas no megalias, sin soporte.  
Renal: micción espontánea, balance positivo sin soporte.  
Neurológico: glasgow 15/15, no focalización soporte: acetaminofen.  
Óseo: Arcos de movimiento conservados.

Plan de manejo: Se brinda información y se educa a la familia y/o acompañante sobre Cuadro clínico y plan de manejo y se sugiere asistir a programas de promoción y prevención acordes para su edad en su eps.

Diego con diagnósticos encefalopatía, ánimo tranquilo, mantiene estabilidad clínica y hemodinámica sin bajo gasto, sin compromiso respiratorio, sin alteración metabólica infecciosa o neurológica, leve dolor a nivel de musculatura paravertebral lumbar indica diclofenac IV pendiente remisión a unidad mental infantil ante el riesgo de repetir intento suicida, se explica a familiar cuadro clínico y plan de manejo, refiere comprender.  
Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Alto riesgo de repetir intento suicida.

Fecha: 04/07/2018 08:59  
Evolución UCI - PEDIATRÍA  
SOAP: EVOLUCIÓN UCI P MAÑANA  
Paciente masculino de 17 años de edad con dx de:  
1. Politraumatismo  
2. Trauma facial  
3. Intento suicida

Líquidos administrados: 1295cc  
Líquidos eliminados: 303 cc no cuantificados en total  
diuresis no cuantificada en total


hemodinámico: normotenso, ritmo sinusal, no soplos, buen llenado capilar, sin bajo gasto sin soporte

respiratorio: patrón espontáneo, normoexpansible, simétrico no agregados sin soporte

metabólico: asintomático sin soporte, sin alteración en electrolitos

Firmado e electrónicamente

Documento impreso el día: 04/07/2018 09:28:59



IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

Doc: T11007794237

**ORRES MARQUEZ**

0007/60/01:12222

**Mass, Mascullino**

Responsable: FAMISANAR SAS

Page 10 of 11

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

**00000000000000000000000000000000**

[illegible]

teral, micon esporarar, balansa negativ  
sin sapote

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

En el caso de la *Enfermedad de la Memoria*, el paciente debe ser evaluado en términos de su capacidad para recordar eventos recientes y lejanos, así como su capacidad para aprender nueva información. La evaluación debe incluir una historia clínica detallada, un examen físico y pruebas de laboratorio para descartar causas orgánicas de la pérdida de memoria. El tratamiento se centra en el manejo de la causa subyacente y en el uso de medicamentos para mejorar la función cognitiva.

התאחדות העובדים, 1947

2018.05.20 19:02

පාඨකයාගේ අවධානය යොමු කිරීම සඳහා

Firmado por JF-MY PAOLA CACERES AVILA, TERAPISTA RESF RATORIA, Registro 1526285625, CC 1025285625

8/10/2019 10:04

F=chj. 09/07/2018 23 57

ON THE WAY

Paciente de 17 años con diagnósticos anteriores, aceptados en remisión para Unidad Infantil de Fetal, se informa a familiar que en acceso a remisión, se solicita ambulatorio asistencia básica para su hijo de 17 años.

Firmado por: LINDA CAROLINA ESPINOSA VILLANUEVA, PEDIATRA - SERVICIO DE PEDIATRIA, Reg. efo 52683731, CC 52593731

စာမျက်နှာ ၁၂၃

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

ଓପେନକ୍ସ

HEA DA DEL PARPAO Y DE LA REGION PERIQUILAR

7-10-68

..FESION A LA TONING: IGDA INTENCIONALMENTE AL SALTAR DESDE UN LUGAR ELEVADO. VIVENDA

OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APAREZCAN HABITUALMENTE

LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA

Observation de l'examen

1870s

RADIOGRAPH A DE RECA COSTAL

RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A., C.A.P., LATERAL, DECUBITO LA'ER., GENUAS O LATERAL CON ABRIJO)

RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION CÔXO-FÊMORAL (AP E LATERAL)

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA DE ORBITAS (CORTES AXIALES Y CORONALES);

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: H.C.A.D.O. PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RINONES

Direct mail/c3m8n709

Accumulated 500mg Tablets:

Dielectric Loss Tangent Schedule Ampsola X 3MI

Tipos de tratamiento recibido durante la estancia Médica ☐ X ☐ Cirugía

Films and electronic media

[illegible]



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: TI 1007794237	
Paciente: DIEGO ANDRES TORRES MARQUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/09/2000	
Edad y género: 17 Años y 9 meses, Masculino	
Identificador único: 459791-1	Responsable: FAMISANAR SAS

Página 11 de 11

## INFORMACIÓN DEL EGRESO

Causa de ingreso: TRASLADO DE INSTITUCION

### Condiciones generales a la salida:

Paciente masculino de 17 años de edad con índice

1. Politraumatismo
2. Trauma facial
3. Intento suicida

Líquidos administrados: 1285cc

Líquidos eliminados: 350 cc no cuantificados en total  
diuresis: no cuantificada en total

hemodinámico: normotenso, ritmo sinusal, no sódico, buen llenado capilar, sin bajo gasto  
sin soporte

respiratorio: patrón espontáneo, normoexpansible, simétrico no agregados sin soporte

metabólico: bioquímico, sin soporte, sin alteración en electrolitos

infeccioso: sin ptermitas, no uso septo sin soporte  
escaración a nivel de párpado izquierdo

gastrointestinal: tolera vía oral, abdomen blando no masas no megalias,  
sin soporte

renal: micción espontánea, os anco negativo  
sin soporte

neurológica: glasgow 15/15, no focalización  
soporte: acetaminofen

### análisis

Adolescente masculino, tranquilo, estable, sin compromiso, mantiene estabilidad hemodinámica sin bajo gasto, sin compromiso respiratorio, sin alteración metabólica infecciosa o neurológica, su evolución es estacionaria, fue valorado por psiquiatra, indica traslado a centro unidad mental, sale remitido (centro Emmanuel Facci)

### Diagnóstico principal de egreso

S062 - TRAUMATISMO CEREBRAL (E FUSO)

Remite a otra IPS: Si

Nombre de la institución: INSTITUTO DE ORTOPEDIA ROOSEVELT

Servicio de egreso: HOSPITALIZACIÓN

Fecha y hora: 04/07/2018 09:05

Médico que elabora el egreso: JOSE LUIS JUNCO GONZALEZ - PEDIATRIA - SERVICIO DE PEDIATRIA Reg. epto 79964646 CC 79964646

