

EPICRISIS

Sistemas CitiSalud 04/05/2018 19:06.32 Page 1 of 2

Lugar Atención:SOPO

ADRIANA PATRICIA CAMERO PIRAQUIVE

PACIENTE: IDENTIFICACION: CC. 1019093202 EDAD: 24 A 1 M 29 ESEXO: Femenino

SERVICIO DE INGRESO: Urgencias

FECHA INGRESO: 04/05/2018 15:42

Código Habilitación: 257580005101

209035

No. HISTORIA: 1019093202

SERVICIO EGRESO: Urgencias

FECHA EGRESO:

ADMISION No.:

MOTIVO SOLICITUD DEL SERVICIO:

SE TOMO UNAS PASTAS

ESTADO GENERAL AL INGRESO:

PACIENTE DEPRIMIDA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE QUE ES REMITIDA DE LA CALERA CON DX. DEPRESION POS PARTO DE 11 DIAS

NEONATO EN UCI

PACIENTE QUE CONSULTA POR UN CUADRO CLÍNICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LLANTO FACIL REFIERE QUE TOMO 5 TABLETAS DE ACETAMINOFEN; 5 TABLETAS DE NIFEDIPINO; 2 TABLETAS DE METOPROLOL ; PACIENTE QUE REFIERE PROBLEMATICA QUE EL HIJO TIENE SINDROME DE DAWUN QUE LO TIENEN QUE OPERAR Y QUE EL PADRE NIEGA EL HIJO : PACIENTE CON

DEPRESION LLLANTO FACIL NIEGA OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES PERSONALES:

HOSPITALARIOS

NIEGA ANTECEDENTES

G2P1V1

Signos Vitales

TA: 100/60 mmHg TALLA: 0 cm

GLAS: 15 puntos FR: 20 x min

FC: 100 x min TEMP: 36 °C

PESO: 0 Kg

SAT: 95 %

Examen Fisico

ESTADO GENERAL

PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, HIDRATADO, COLABORADOR, ALGICA

, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

CC/ CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, ISOCOREA NORMOREACTIVA A LA LUZ Y ACOMODACION, MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA, OROFARINGE NO CONGESTIVA SIN PLACAS NI EXUDADOS, OTOSCOPIA BILATERAL: CONO LUMINOSO CONSERVADO, SIN NIVELES HIDROAEREOS, CUELLO MOVIL SIN

MASAS NI ADENOPATIAS.

CP/ TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE RESONANTE, RUIDOS CARDIACOS. RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.

NO SIGNOS DE DIFÍCULTAD RESPIRATORIA.

ABD/ RS IS (+), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, HIPERRESONANTE, NO

DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE

IRRITACION PERITONEAL

EXT/ EUTROFICAS SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL <2SEG, PULSOS

DISTALES SIMETRICOS

NEU/ ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, PARES CRANEANOS SIN ALTERACIONES, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, MARCHA Y

COORDINACION SIN ALTERACIONES, ROT ++/+++, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION NI IRRITACION MENINGEA, CON LLANTO FACIL REFIERE PROBLEMATICA CON PAREJA QUE NIEGA SU HIJO Y NEONATO ESTAR EN UCI CON SINDROME

DE DAWUN ; CON COMPLICACIONES HEPATICAS Y RENALES

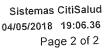
DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

Principal

F329

EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO

CONDUCTA:





EPICRISIS

Lugar Atención:SOPO

ADRIANA PATRICIA CAMERO PIRAQUIVE

PACIENTE: IDENTIFICACION: CC. 1019093202 EDAD: 24 A 1 M 29 ESEXO: Femenino

SERVICIO DE INGRESO: Urgencias

FECHA INGRESO: 04/05/2018 15:42

Código Habilitación: 257580005101

1019093202 No. HISTORIA:

209035 ADMISION No.:

SERVICIO EGRESO: Urgencias

FECHA EGRESO:

EN LIMITES NORMALE S; GLICEMIA: 71 PACIENTE CON CH: LEUCOS D E 7.600 NE: 74% LY:; 125 CUADRI MG/ DL; BUN: 9.85 MG/ DL; CREATINMINA: 0.89 MG/ DL; GOT:13U/L; GPT: 25 U/L; BILIRRUBINA DIRECTA; 0.17 MG/ DL; BILITRRUBINA INDIRECTA; 0.65 MG/DL; BILIRRUBINA TOTAL 0.82 MG/ DL EN LIMITES NORMALES

PACIENTE CON PARACLINICOS NORMALES EN EL MOMENTO PACIENTE QUE REQUIERE MANEJO POR PSIQUIATRAI SE CONTINUA TRAMITE

DE REMISION YA QUE LA PACIENTE PRESENTA CUADRO DEPRESIVO POS PARTO

SE SOLICITA LA VALORACION Y EL MANEJE DE L PACIENTE POR BIENESTAR DEL NEONATO

MEDICO QUE ELABORA:

E.S.E

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ONTRAREFERENCIA	SIS 412 A
ONTRAKET LIKE LIKE	
REFERENCIA N°	10000
HISTORIA CLINICA Nº 1019 00 37	07

	REFERENCIA No.
HOSPITAL DIVINO SALVADOR FECHAL	or squicituD*
	HISTORIA CLINIO
NIT. 860.023.01	- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
STOCKTRO DE SALUDILA CALERA	
PUESTO SALUD TOCANCIPA	FECHA DE INGRESO
INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD	DIAY MESS ANOLY
NOMBIAE IPS. 1 C) NO CON CONTROL 1	2 3 3 4 4 1 DE
Manufacture 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	CANA
Centro	COUNTE
MUNICIPIO) a Correst	DATOS DEL PACIENTE
b	
NOVIBRE DEL PACIENTE: DON 1 4440 COME TO	12 red 12 219 2
DIRECCION DE	RESISTENCIA: Teléfono
Meses Meses Allos	GCE32-02 Zona urbana
The second secon	nos Sin Identificación Municiplo:
R.C. Registro Civilia de ciudadanía R.C. Registro Civilia de Ciudadanía R.C. Adulto sin identificación	
Tarjeta de Identidad	Tipo de Población Especial B. Indigente C.C. Menor sin proteccion
Commission	nómicol o
Nivel socioecol	nomico CARP)
Vincetado Ficha Signal Accidente de Transito (Si	OAT)
EVENTO: Enfermedad general	Teléfono:
- No del paciente:	
Dirección: RES	SUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
Consulta: Depression	
Motivo de Consulta: 1079	The state of the s
Enformedad Actual Procupito Con Constantes	Start of the start
4 (0/0) 3 14 14 14	- District of the state of the
Lantacadentes: Titt a mance so co	exe and June 18, New 238 the course
Toke The Total Selve	Car Facility 10
Examen Fisico O Transley dollar de	T°C 3614 Peso
up to a view of	V min Glasoy V Att Iterina Cl
Signos Vitales: T.A. Ato To F.C. 91 X'min	how fidad Gest
Signos Vitales: I.A. 2 P. 2 A: O C: O	FUR:
Girlecoobstétricos: No Regular L	Irregular Amniorea Estación: Cefálico: Cefálico:
Actividad Uterina: Si No T.V. Dilatació	on: Borramiento:
Actividad Uterina: SI No T.V. Dilatació Tiempo de evolución: Resultados exámenes diagnósticos:	e fuicin out
Resultados exámenes diagnósticos:	Código Diagn
No. of the Control of	Diagnóstico
A transamenaia	Diagnosti
· Constitution of the cons	
taleagen Surcida	
Jakena 20	Códlgo C
Jakena 20	
Depresion for parto	Imbre del procedimiento solicitado
Deprotor op o No	mbre del procedimiento solicitado
Deprotor op o No	mbre del procedimiento solicitado
Depresion for parto	mbre del procedimiento solicitado
Deprotor op o No	mbre del procedimiento solicitado
Deprojent of participation of servicio solicitado No	mbre del procedimiento solicitado
Servicio solicitado No Servicio solicitado No No No No No No No No No	mbre del procedimiento solicitado
Servicio solicitado No Servicio solicitado No 1. Falta de cama (IPS remite) Parcia del profesional (IPS remite)	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite
Servicio solicitado No Servicio solicitado No No No No No No No No No	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite
Servicio solicitado No Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. absencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál)	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite MUNICIPIO:
Servicio solicitado No Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. ajusencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál)	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite MUNICIPIO:
Servicio solicitado No Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. ausencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál)	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite DEPARTAMENTO: Salida del paciente MEDICO QUE CONFIRMA: CONDUCTOR:
Servicio solicitado No Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. alusencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál) NOMBRE IPS Fecha confirmación Fecha	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite DEPARTAMENTO: Salida del paciente MEDICO QUE CONFIRMA: CONDUCTOR: Otro
Servicio solicitado No Servicio solicitado 1. Flatta de cama (IPS remite) 4. ajusencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál) Novibre IPS Fecha confirmación Fecha DIA MES AÑO HORA DIA NO NO DIA DIA DIA NO DIA DIA DIA DIA DIA DIA DIA DI	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite INVEL 1 2 3 MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: salida del paciente MEDICO QUE CONFIRMA: CONDUCTOR: Tospitalización Otro ambulaoria) Tospitalización Otro
Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. ajusencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál) NOMBRE IPS Fecha confirmación Fecha DIA MES AÑO HORA DIA Consulta Externa (a	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite INVEL 1 2 3 MUNICIPIO: Salida del paciente MEDICO QUE CONFIRMA: CONDUCTOR: ambulaoria) despitalización otro Tospitalización otro Otro Otro
Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. ausencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál) Novibre IPS Fecha confirmación Fecha DIA MES AÑO HORA DIA SERVICIO QUE REMITE: Consulta Externa (a Consulta Externa (Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite INVEL 1 2 3 MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: salida del paciente MEDICO QUE CONFIRMA: CONDUCTOR: ambulaoria) dospitalización otro iospitalización otro AMÁGICO Responsable
Servicio solicitado 1. Falta de cama (IPS remite) 4. ajusencia del profesional (IPS remite) 7. Otro (Especifique cuál) Novibre IPS Fecha confirmación Fecha DIA MES AÑO HORA DIA NO NO DIA NO DIA NO DIA NO RESPONSO FECHA DIA RESPONSO FECHA FE	Motivo de Consulta: 2. Falta de insumos y/o suministros 5. Requiere otro nivel de atención Institución a la que se remite INVEL 1 2 3 MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: salida del paciente MEDICO QUE CONFIRMA: CONDUCTOR: ambulaoria) dospitalización otro iospitalización otro AMÁGICO Responsable



HOSPITAL DIVINO SALVADOR SOPO-CUNDINAMARCA LABORATORIO CLINICO

SE COC)		LABC	JRA'	TORIO C	TINIC	;0				
HOSPITA	(d						ION: BOGOTA	A]	FAMIS	ANAR	
DIVINO SPOPLOR DE NO	NA V	~ PO!	RAQUIVE	FDAD	D: 24 ANOS L	JIKEUU.	JIV	SEGU	RO: FAMISA	VALOR	DE REFERENCIA
OMBRE: ADRIANA PATE	RICIA CARMELO DENTIFICACION	1019	9093202	TEL:N	NO 3203223717					T V	N 10-14 seg
ECHA: 04/05/2010	JENTIFICACIO:	1			GULACION			segund	dos	+	
CUADRO HEMATICO	44.90	10%		PT						+	/N 20-40seg
Hematocrito	44.50	9 g%		INR		1		segun		150	0.000-450.000
Hemoglobina	13.3		/hora	PTT		+	331,000	0 x mm	.3	1 50'	0.000-5.5000.000
	= 60			Rto	de Plaquetas	+	5.550.00	00 x mm	13	14.500	.000 2:
VSG LEUCOCITOS		0 xmm	.13	Glóh	bulos Rojos	+		%		+-	
LEUCUCITOS	74.1	.6 %		Rto	Reticulocitos						
Neutrofilos	12.	.2 % .7 %								+-	
Linfocitos Monocitos	1			INP	MUNOSEROL	.OGIA				+	
2		2 %		PC	CR					+	
Eosinofilos	4.	.9 %		VD	DRL	—				+	
Basofilos		-+-			RAVINDEX	-					
G. SANGUINEO				H	IIV 1&2					-+-	
FACTOR RH				ТО	OXOPLASMA Ig (<u>3</u>					
FSP:				HI	IBsAg						
			ALOR REFEREN	NCIAU	JROANALISIS	3		SF	EDIMENTO		
QUIMICA SANGUINEA	Δ		ALOR KEI LIVE	F	FISICOQUIMIC	20		TIE	EUCOCITOS	S	
QUIMICA SARGE	71.9 mg/c	dl 7	70-110 mg/dl	С	COLOR			C.	EPITELIAL	ES	
GLUCOSA POST		171	70-110 mg/dl		ASPECTO			BA	ACTERIAS		
GLUCOSA POST			Hasta 190mg/dl	a/dl F	PH			H	IEMATIES		
COLESTEROLTOTAL		1	Mayor de 45 mg	ydl [DENSIDAD			FI	RESCOS		
COLESTEROL HDL			Menor 150 mg/d	11 (GLUCOSA			-tc	CRENADOS	,	
COLESTEROL LDL			Hasta 150mg/dl	-	PROTEINAS	,——			CRISTALES	<i>s</i>	
TRIGLICERIDOS			2.4-7.0 mg/dl		C.CETONICO	os		In	мосо		
ACIDO URICO	OO 9.85 mg/	31	0-25 mg/dl		SANGRE				CILINDROS	ر د	
NITROGENO UREICO	0.89 mg	n/dl l	0.6-1.3 mg/dl		LEUCOCITO	JS		+	ESPERMAT	.rozoir	JES
CREATININA		·	38-174 U/L		PIG BILIAR	RES			[1
СК			HASTA 25 U/L		UROBILINO	GENO				-	
CK-MB			1		NITRITOS				COPROSC	COPIC	5
TROPONINA			Hasta 80 U/I		COPROAN	IALISIS		'	S.OCULTA		
AMILASA	13 U	1/L	Hasta 40 U\l		COLOR	<u></u>			AZ.REDUC		
GOT	25 U	//-	Hasta 40 U\l		ASPECTO	.——			DU		
GPT		1=	Hasta 115 U/	1/1					PH HEMATIE	S FRE	SCOS
E ALCALINA	A 0.17 m	-n/dl	Hasta 0.2 mg	ıg/dl	MOCO FLORA BA	ACTERIA	ANA		HEMATIE	=9 CRF	NADOS
BILIRRUBINA DTA	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	19/	Hasta 0.8 mg	ng/dl	LEUCOCI	TOS			BLASTO	CONID	IAS
BILIBRUBINA IND	JIA JUIG	19/-	Hasta 1.0 mg	ng/dl	RESULTA	100	1		PSEUDO	MICE	ios
BILIRRUBINA TOT	TAL U.OZ 1.	191-	207 - 414 UI	JI/L	RESULT	100			PSEUDO	IVIIC	
LDH			0 - 50 mg/dl	.[]							
UREA							VAGINITIS:				
		-	TEST DE A	MINA.	,S		VAGINOSIS:				
FLUJO VAGINAL	-		LACTOBAC	CILOS	<u>s</u>		-				
CEL GUIA			MOBILLUN	NCUM	1						
T VAGINALIS			B.DIFTER	OIDES	3		+				
BLASTOCONIDIA	IAS						+-1				
PSEUDOMICELI	los		LEUCOCI	ITOS			The Contract				
PH		Marie Control of the	-			<u> </u>	明明一				
FII								7			
							+				
							NIS MILENA GO	OMEZ	QUERALES	<u>,</u>	
		_			FIRM!	A:YURAM	NIS MILENA G OGA Res. No.25	50101 C	und.		
					E		~~ NO.4				