

IDENTIFICACIÓN			COLSUBSIDIO NIT 860007336-1		
Nombre del Paciente	MAYRA ALEZANDRA DURAN CORTES	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	1031181070
Fecha de nacimiento	28/06/1999	Edad atención	19 años 0 meses	Edad actual	19 años 0 meses
Sexo	Femenino	Estado civil		Ocupación	
Dirección de domicilio	CL 40 SUR 2DG 70	Teléfono domicilio	3204633703	Lugar de residencia	BOGOTA
Acudiente	CARLOS ENRIQUE DURAN	Parentesco	Hijo(a)	Teléfono acudiente	2052103
Acompañante	CARLOS ENRIQUE DURAN	Teléfono acompañante	2052103		
Asegurador	FAMISANAR RED CAFAM	Categoría	A	Tipo de vinculación	RCT: Cotizante
Episodio	35674958	Lugar de atención	CM QUIROGA	Cama	KAXU01
Fecha de la atención	04/07/2018	Hora de atención	11:09:13		

## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

**Estado de Ingreso:** Vivo

Causa externa: Enfermedad general

Finalidad de la consulta: No Aplica

Motivo de consulta: "LA NIÑA NO HA SUBIDO DE PESO"

### Enfermedad actual:

Paciente de 19 años asiste a consulta en compañía de madre por antecedente de trastorno alimenticio, con manejo ambulatorio fallido e indicación por parte de psiquiatría de asistir a urgencias para hospitalización si no cumplía metas de aumento de peso y cambios de hábitos, paciente ha continuado perdiendo peso actualmente con dieta que se restringe únicamente a piña y zanahoria.

### Antecedentes Personales

#### Antecedentes

Hábitos

#### Antecedentes

Fecha:07/04/2016	Hora:20:43
Patológicos	NIEGA
Quirúrgicos	NIEGA
Farmacológicos	NIEGA
Alérgicos	NIEGA
Otros	NIEGA
Traumáticos	NIEGA
Inmunológicos	NIEGA
Familiares	MADRE HIPOTIROIDISMO PADRE INTOLERANCIA A LOS CARBOHIDRATOS
Transfusionales	NIEGA
Responsable:	SALAMANCA, ALLISON
Documento de Identidad:	1015421493
Fecha:19/07/2016	Hora:20:00
Patológicos	NIEGA NUEVOS
Responsable:	RUIZ, NIDIA
Documento de Identidad:	1014183353
Fecha:13/09/2016	Hora:12:04
Otros	DESORDENES ALIMENTICIOS
Farmacológicos	NO
Patológicos	HABITO ALIMENTICIOS IRREGULARES

**IDENTIFICACIÓN**

**Nombre del paciente** MAYRA ALEZANDRA DURAN CORTES      **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía      **Número de documento** 1031181070

Responsable: MONTENEGRO, TERESA

Documento de Identidad: 51624566

Fecha:17/04/2017      Hora:19:41

Patológicos trastorno alimentario

Responsable: CACERES, ANDREA

Documento de Identidad: 52814931

Fecha:26/04/2017      Hora:18:45

Otros NIEGA

Inmunológicos NIEGA

Familiares NIEGA

Transfusionales NIEGA

Alérgicos NIEGA

Farmacológicos NIEGA

Quirúrgicos NIEGA

Patológicos HABITOS ALIMENTICOS IRREGULARES

Traumáticos NIEGA

Responsable: NIETO, INGRID

Documento de Identidad: 1030605438

Fecha:30/05/2017      Hora:13:08

Familiares MADRE HIPOTIROIDISMO.

Responsable: PEREZ, SOFY

Documento de Identidad: 1096952789

Fecha:09/09/2017      Hora:17:49

Otros HABITOS ALIMENTICOS IRREGULARES

Patológicos HABITOS ALIMENTICOS IRREGULARES

Responsable: CACERES, ANDREA

Documento de Identidad: 52814931

Fecha:12/09/2017      Hora:8:32

Transfusionales NIEGA GS O+

Alérgicos NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Farmacológicos NIEGA CONSUMO ACTUAL DE MEDICAMENTOS CONTINUOS

Quirúrgicos NIEGA CIRUGIAS

Patológicos NIEGA PATOLOGIA

Familiares NIEGA FAMILIAS CON HTA DM EPOC TRASTORNO TIROIDEO

Inmunológicos FUMA: NO

Otros FUR: 23.07.2017 PNF: NIEGA G0 P0 C0 A0 CCV: NUNCA

Traumáticos NIEGA TRAUMAS

Responsable: CAMACHO, ESTEFANY

Documento de Identidad: 1063140037

Fecha:04/07/2018      Hora:11:20

**IDENTIFICACIÓN****Nombre del paciente** MAYRA ALEZANDRA DURAN CORTES**Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía**Número de documento** 1031181070

Patológicos: niega nuevos  
Responsable: GARCIA, DANIEL  
Documento de Identidad: 1090418367

**Antecedentes Obstétricos****Generales**

Fecha	Hora	Ciclo/día	Ciclo/mes	FUR	Menarquia (años)	Menopausia (años)	Citología menos a un año	Edad inicio de relaciones sexuales	Planifica
07/04/2016	20:43	4		15-03-201	13				No planifica
04/07/2018	11:21	4	30	16-06-201	13			17	Dispositivo Intrauterino

Responsable: SALAMANCA, ALLISON

Documento de Identidad: 1015421493

**Hemoclasificación:**

Fecha	Hora	Grupo sanguíneo	RH	Sensibilizado embarazo anterior	Recibió Inmunoglobulina Anti-D	Prueba tamizaje para sífilis	Fecha de serología mes	Fecha de serología año	Responsable	Identificación
07/04/2016	20:43	O	Positivo	No	No				SALAMANCA, ALLISON	1015421493

**Revisión por Sistemas**

Endocrinológico: NIEGA SÍNTOMAS  
Órganos de los sentidos: NORMAL  
Cardiopulmonar: NIEGA SÍNTOMAS  
Gastrointestinal: NIEGA SÍNTOMAS  
Genitourinario: NIEGA SÍNTOMAS  
Osteomuscular: NIEGA SÍNTOMAS  
Neurológico: NIEGA SÍNTOMAS  
Piel y Faneras: NIEGA SÍNTOMAS  
Otros: NIEGA SÍNTOMAS

**Examen Físico**

Estado general: Bueno  
Estado de conciencia: Alerta  
Estado de hidratación: Hidratado  
Estado respiratorio: Sin signos de dificultad respiratoria

**Signos Vitales**

Fecha: 04/07/2018 Hora: 11:24

**IDENTIFICACIÓN**

**Nombre del paciente** MAYRA ALEZANDRA DURAN CORTES **Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía **Número de documento** 1031181070

Presión arterial media	85	mmHg
Índice de masa corporal	18,73049	kg/m2
Peso	45	KG
Frecuencia respiratoria	26	Rmin
Frecuencia cardíaca	90	LTD
Presión arterial diastólica	70	mmHg
Presión arterial sistólica	115	mmHg
Talla	155	cm
Superficie corporal	1,38519	m2

**Hallazgos**

Cabeza: Normocéfalo  
Ojos: Pupilas isocóricas  
Otorrinolaringología: Amígdalas normales  
Boca: no lesiones , dentición normal  
Cuello: No masas  
Tórax: No deformidades  
Cardio-respiratorio: Ruidos rítmicos no soplos, mv audib  
Abdomen: No visceromegalias, RHA presentes  
Genitourinario: Sin alteración  
Osteomuscular: No deformidades óseas  
Sist. Nervioso: vigil, activo , consciente y orient central:  
Examen mental: Pensamiento lgico y coherente  
Piel y faneras: Húmedas y normocoloreadas  
Otros hallazgos: No

**Responsable:** GARCIA, DANIEL

**Documento de Identidad:** 1090418367

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

**Diagnósticos**

Código Diagnóstico	Descripción Diagnóstico	Clase Diagnóstico	Diagnóstico Principal	Confirmación	Tipo de Diagnóstico	Responsable
F509	TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS,	Diag. Principal	SI	Impresión Diagnostica	Diag. Tratam,Diag. Admisión	GARCIA, DANIEL

**Órdenes Clínicas**

Fecha:04/07/2018 Hora:11:32

Código	Descripción de la prestación	Responsable	Especialidad	Prioridad	Unidad organizativa de solicitud	Estatus	Fecha del estatus	Motivo del estatus
PCS011	SOLICITUD DE REMISION DEFINITIVA DESDE LA IPS COLSUBSIDIO	GARCIA, DANIEL	MEDICINA GENERAL	No Prioritaria	17UTMGUR	Sol N conf		
PCS011	SOLICITUD DE REMISION DEFINITIVA	GARCIA, DANIEL	MEDICINA GENERAL	No Prioritaria	17UTMGUR	Sol N conf		

**IDENTIFICACIÓN****Nombre del paciente** MAYRA ALEZANDRA DURAN  
CORTES**Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía**Número de documento** 1031181070DESDE LA IPS  
COLSUBSIDIO

Justificación: se solicita dejar en observacion hasta remision a centro con servicio de psiquiatria.

Fecha:04/07/2018

Hora:11:36

Código	Descripción de la prestación	Responsable	Especialidad	Prioridad	Unidad organizativa de solicitud	Estatus	Fecha del estatus	Motivo del estatus
PCS011	SOLICITUD DE REMISION DEFINITIVA DESDE LA IPS COLSUBSIDIO	GARCIA, DANIEL	MEDICINA GENERAL	No Prioritaria	17UTMGUR	Sol N conf		
PCS011	SOLICITUD DE REMISION DEFINITIVA DESDE LA IPS COLSUBSIDIO	GARCIA, DANIEL	MEDICINA GENERAL	No Prioritaria	17UTMGUR	Sol N conf		

Justificación: remision a centro con servicio de psiquiatria

Fecha:04/07/2018

Hora:11:53

Código	Descripción de la prestación	Responsable	Especialidad	Prioridad	Unidad organizativa de solicitud	Estatus	Fecha del estatus	Motivo del estatus
PCS011	SOLICITUD DE REMISION DEFINITIVA DESDE LA IPS COLSUBSIDIO	MONTAÑEZ, DIEGO	MEDICINA GENERAL	Urgente	17UEOBUR	Sol N conf		
PCS011	SOLICITUD DE REMISION DEFINITIVA DESDE LA IPS COLSUBSIDIO	MONTAÑEZ, DIEGO	MEDICINA GENERAL	Urgente	17UEOBUR	Sol N conf		

Justificación: ,