

Historia Clínica

Paciente: FERNANDEZ, GISELLE VALERIA N° de Admisión: 689104-0

Período

21/08/2024 - 21/08/2024

CONTENIDO

- Documentacion Del Paciente (dni - Credencial - Recibo)
 - Consentimiento Médico Terapéutico
 - Autorizaciones De Cirugías
 - Protocolo Quirúrgico Con Insumos
 - Certificado De Implante
 - Hojas De Evolución
 - Epicrisis
 - Indicaciones Médicas
 - Hojas De Enfermería
- HCE Enfermería (Balance Hídrico)
 - Anatomía Patológica
- Alta Complejidad - Procedimiento
- Alta Complejidad - Materiales
 - Documentacion Varia

 REPUBLICA ARGENTINA - ARGENTINA
REGISTRO NACIONAL DE LA IDENTIDAD
MINISTERIO DEL INTERIOR - MINISTERIO

Apellido / Surname
FERNANDEZ

Nombre / Name
GISELLE VALERIA

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth
12 FEB / FEB 1982

Fecha de emisión / Date of issue
02 AGO / AUG 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
02 AGO / AUG 2028

Documento / Document
29.319.246

Forma de identificación / Identification
00209644229

7108





ACTIVAMEL Importante: es necesario realizar la
activación para poder utilizar el documento.





Solicitud de internación

Servicio de emergencias médicas

Apellido y Nombre FERNANDEZ, GISELLE VALERIA

Edad 41 04

Sexo Femenino

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Diagnostico presuntivo

POLITX.

Internación

N Urgente

N Programada

Sector de internación

Médico solicitante RENGIFO ORJUELA ANDRES FERNANDO

Especialidad CM

Profesional Solicitante

RENGIFO ORJUELA ANDRES...

Matrícula: 168304

Fecha 12/06/2023



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
FERNANDEZ

Nombre / Name
GISELLE VALERIA

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
12 FEB / FEB 1982

Fecha de emisión / Date of issue
02 AGO / AUG 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
02 AGO / AUG 2028

FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

Documento / Document

29.319.246

Trámite N° / Of. ident.
00209644229
7108



¡ACTIVAME!

Importante: es necesario realizar la activación para poder utilizar la credencial. Esta credencial es personal e intransferible y anula a las anteriores.



En www.osdebinario.com.ar/activame



Por teléfono, al
0810-777-2733



Personalmente en Centros
de Atención Personalizada

61 278203 3 01 178

FERNANDEZ GISELLE VALERIA

PLAN

2 210

VTO

31/12/2029

NC

Consentimiento terapéutico

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: Funariel Z. Giselle

DNI:

Edad:

He N

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20_____

Yo, _____, he sido informado/a por mi médico/a tratante el/la Dr./Dra. _____ que luego de seguir un tratamiento de análisis de mis dolores

que luego de seguir un determinado proceso de análisis de mis dolencias, pudo alcanzar el diagnóstico de _____ informándome en consecuencia que se trataba de _____

informándome en consecuencia que en mí debería realizarse el siguiente procedimiento médico que se llama:

2. He comprendido, por haberme sido explicado, cómo es el procedimiento, y que el mismo consiste en:

a través del cual se intentará:

3. También me fue explicado y yo lo he entendido, que el procedimiento quirúrgico está asociado con algunos riesgos, o efectos indeseados tanto para mi médico tratante cuanto para mí, que generalmente consisten en: _____

4. También he comprendido, por haberme sido explicado, cuáles serían los riesgos que yo correría en caso de que no me fuera realizado el acto quirúrgico que se me ofrece para tratar de curarme, indicándome que los mismos podrían ser: _____

5. Inclusive, también se me explicó, y lo he entendido, que el procedimiento tiene posibles beneficios, pero no se me prometió ni garantizó poder obtenerlos. He comprendido, por haberme sido explicado, que durante mi preparación para el acto quirúrgico, o durante el acto quirúrgico mismo alguna condición distinta en mi organismo, puede ser descubierta o revelada, y que entonces, a juicio del/de la Dr./Dra. _____, el acto quirúrgico que

entonces, a juicio del/de la Dr./Dra. _____
o de algún médico de su equipo o del Sanatorio Güemes podrá ser necesario o aconsejable un cambio en el acto quirúrgico, que
será diferente al explicado, de manera inmediata o para más adelante. En tal caso lo autorizo a que lo realice, o que lo suspenda, por
haber entendido que dicho acto adicional o diferente debe ser realizado, y no pueda dejar de hacer lo que está haciendo para expli-
carme nuevamente, o explicárselo a la persona que yo hubiera designado para ello, pues ello podría ser demasiado riesgoso para mí.

6. Otras alternativas razonables para reemplazar este procedimiento, también me han sido explicadas, y las mismas consisten en:

Las he comprendido por haberme sido explicadas, y han sido contestadas todas las preguntas que realicé a mi entera satisfacción.

7. Se me ha explicado el derecho que me asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o en estadio terminal, o cuando haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial, o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, así como del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

8. Se me ha explicado también el derecho que me asiste a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de mi enfermedad o padecimiento.

9. En consecuencia, autorizo a mi médico/a tratante, el/la Dr./Dra. _____ para que realice este procedimiento, y he comprendido que para realizarlo, mi médico/a podrá ser asistido por otros profesionales y técnicos/as, e incluso podrá necesitar realizar interconsultas con algunos/as otros/as profesionales que él/ella considere necesario. Yo estoy de acuerdo con esa participación y consiento que mi médico/a sea asistido/a por otros/as profesionales, y que les permita ordenar o realizar todo o parte del procedimiento antes mencionado, ya sea acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento. Asimismo, en caso de ser asistido/a por un/a Profesional no integrante del staff del Sanatorio Güemes, queda convenido que el Sanatorio Güemes deslinda toda responsabilidad ante la Praxis Médica recibida, dado que el equipo médico ha sido propuesto por mí en forma directa y voluntaria.

10. También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico para ser utilizado con propósitos educativos o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no sea revelada en ninguno de estos medios o en los textos explicativos que los acompañen.

11. Asimismo autorizo y consiento tanto al/a la Dr./Dra. _____ cuanto al Sanatorio Güemes para que retengan, fotografien, preserven y usen para propósitos científicos o educativos, muestras de tejido tomadas de mi cuerpo en ocasión del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico.

12. Autorizo y consiento también la realización de transfusiones de sangre o la utilización de hemoderivados, durante el acto quirúrgico, si es que los/as profesionales médicos/as intervinientes lo juzgaran necesario.

13. Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizarán, la que he entendido completamente por las explicaciones que me dieron, y las preguntas que pude hacer y me fueron contestadas, habiendo entendido que se me ofreció ampliar toda la información que ya me fuera anticipada, y tomando conocimiento que me encuentro en total libertad de retirar este consentimiento cuando así lo desee, pero con anterioridad al acto quirúrgico, doy mi consentimiento para que me sea realizado, el procedimiento quirúrgico ofrecido. En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y para que pueda comentarlo con mis familiares y/o con otros especialistas médicos en caso de que así se me ocurra.

Firma de/de la paciente: _____

Firma de/de la médico/a: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Sello: _____

Dr. MARCOS NAHUEL CABRERA
Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología
Especialista en Hombro Roda Muñeca Codo
M.A. 17-60

Completar en caso de que el/la paciente sea menor de edad o no esté en condiciones

Los abajo firmantes prestan consentimiento para la realización del acto médico en _____

en razón de que el/la paciente no está en condiciones de hacerlo por sí mismo/a porque: _____

Firma del representante: _____

Firma de/de la médico/a: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Sello: _____

Matrícula: _____

Parentesco: _____

Se me informa que de acuerdo al código civil el menor entre 13 y 16 años (adolescente) tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos, ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave en su vida o integridad física. Mientras que el menor entre 16 y 18 años se lo considera un adulto para las decisiones sobre el cuidado de su propio cuerpo.



Organización de Servicios
Directos Empresarios
CUIT: 30-54674125-3

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Centro de Atención Telefónica

0810-555-6733
(OSDE)

Fecha emisión: 21/06/2023

30 - FILIAL METROPOLITANA

Fecha de vencimiento: 22/08/2023

EVENTO: 6089873717

CAP. CAP CARE WEB METRO

Operador: INTEGRACION INTEGRACION

Prestador: 6001014081 - SANATORIO GUEMES

Fecha probable de consumo: 23/06/2023

Dirección y Teléfono:

Socio: 61278203301 - FERNANDEZ GISELLE VALERIA

Plan: 2 210

Sexo: Femenino Edad: 41 Condicion IVA: EXENTO

AUTORIZADO			
Prestacion	Detalle	A cargo del socio	A cargo de OSDE
120303 - TRAT. QUIR. CUBITO/RAD/CARPO	Contexto: Internacion Cantidad: 1 Honorarios		100%
Pensión / Gastos	Según plan y complejidad de la prestación Fecha internación: 23/06/2023 Días : 1		100%

Honorarios: 1: ESP / 2: AYU / 3: AN / 5: INST. Gastos: 4: GS

Acompañante a cargo del socio 100%.

Observaciones:

OSDE se reserva el derecho a solicitar informacion adicional, resultados de estudios de diagnosticos, informes sobre evolución del tratamiento y finalizacion del mismos, interconsultas, etc.

FERNANDEZ, GISELLE VALERIA

NºAdm.: 689104-0 Edad: 42 Sexo: F
NºAfi.: 61278203301
OSDE

HC Nº

Fecha 21/08/24

Datos del paciente

Apellido y Nombre

Sexo

Obra Social

Afiliado Nº

Edad años

Cama

Peso

Grupo Sanguíneo

Pérdida Ponderal

Diagnóstico

Operación propuesta

Operación realizada

Duración

Urgencia

☐ Si

☐ No

Última comida

Hs.

Cirujano Dr. CASTAGNETO

Anestesiólogo Dr. GALARZA

Premedicación

☒ Si

☐ No

Drogas Fentanyl 172 Kebuting Clonidine

Dosis

150g

3mg

5mg

30g

Vía

EV

EV

EV

EV

Hora

8:00

8:00

8:00

8:00

Antecedentes anestésicos

☒ Si

☐ No

Regional

General

Patología agregada

Cardíaca

Respiratoria

Neurológica

Metabólica

Medicación habitual

Alérgico a No upid

Técnica analgésica

Tipo

Zona de inyección

Agente

Dosis

Cateter

Observaciones

Técnica anestésica

☐ Inhalatoria

☒ Endovenosa

Intubación traqueal

Nº 7

Respiración

☐ Espontánea

☐ Asistida

☒ Controlada

☐ Manual

☒ Mecánica

Sistema oxigenador

☐ Abierto

☒ Cerrado

☐ Vaivén

☒ Circular

Agentes anestésicos

1) Propofol dosis 150/20

2) Atrocurio dosis 10/20

3) Succin dosis 30mg

4) Remifentanyl dosis 2g/20/10

5) Lidocaine 1% dosis 50ml/h

6) Atropina dosis 1

7) Neostigmina dosis 1.5

8) Flumazenil dosis 0.2

Drogas NO anestésicas utilizadas

Letonolac 60mg Ketorolac 50mg Metoprolol 10mg

Canalización

☐ Si

☒ No

☐ Sonda nasogástrica

Venoduntura

☒ Si

☐ No

☐ Sonda vesical

Estado al finalizar la anestesia

☒ Reflejo Corneal

☒ Sensibilidad dolorosa

☒ Obedece órdenes

☒ Conversa

☒ Tensión arterial

☒ Depresión respiratoria

☒ Vómitos

☒ Curarizado

☒ Cánula faríngea

☒ Cánula traqueal

☒ Pasa al piso

☐ Pasa a terapia

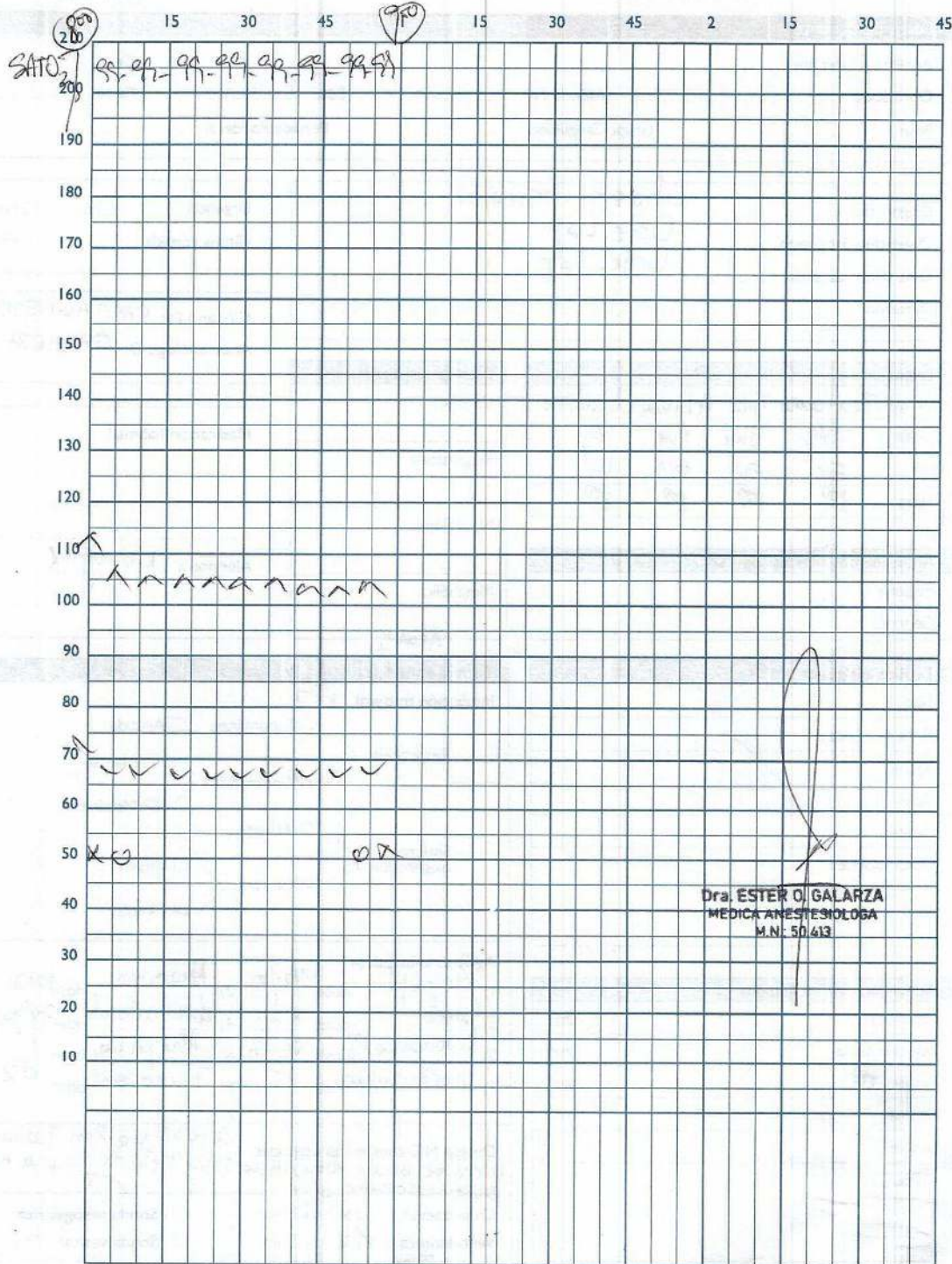
Observaciones

Dra. ESTER D. GALARZA

MEDICA ANESTESIOLOGA

M.N. 55.413

Ficha Anestésica



Dra. ESTER O. GALARZA
Médica Anestesióloga
M.N. 50.413

Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulso	Comienzo anestesia	Fin de la anestesia	Comienzo operación	Fin de la operación	Salida
^	v	●	×	⊗	○	⊙	→



FERNANDEZ, GISELLE VALERIA Sexo: F
Nº adm.: 689104-0 Edad: 42
Nº fili.: 6127820301
OSDE
Nº doc.: 29319246

H.C.: 3959865-2

Procedimiento: Colelap.

HC N°:

Checklist quirúrgico

21/11/12

Fecha

PACIENTE

AYUDANTE CIRUJANO

Confirmación de:

☒ Identidad del paciente ☒ Si ☐ No

☒ Tipo de cirugía ☐ Lado

☒ Consentimiento informado

☒ ¿Están disponibles los estudios complementarios necesarios?

☒ Si ☐ No corresponde

☒ Marcación de lado?

☒ Si ☐ No corresponde

☒ ¿Existe riesgo de hemorragia > de 500 ml? (7 ml/kg en niños)

☒ No ☐ Si y se ha previsto la disponibilidad de accesos venosos y sangre

ENTRADA A QUIRÓFANO

☒ Control del equipo de anestesia.

☒ Oxímetro de pulso colocado y funcionando.

☒ ¿Tiene el paciente alergias conocidas?

☒ Si ☐ No coartación / apicandis

☒ ¿Presenta el paciente una vía aérea difícil/riesgo de aspiración?

☒ Si ☐ No

☒ ¿Profilaxis antibiótica?

☒ Si ☐ No corresponde

ANESTESIOLOGO

☒ Confirmación de la esterilidad instrumental. Funcionamiento de los equipos necesarios.

☒ ¿Están en los materiales protésicos necesarios para la cirugía?

☒ Si ☐ No corresponde

INICIO DE ANESTESIA

Fernando Bzard 12/05

Firma y sello de la instrumentadora circulante

PREVIO A LA INCISIÓN

LLEGADA A QUIRÓFANO

La instrumentadora circulante confirma:

☒ El procedimiento realizado

☒ Recuento de instrumental, gasas, agujas y compresas: ¿son correctos?

☒ Si ☐ No

Confirmación del correcto rotulado de la muestra para:

☒ Anatomía patológica ☐ Microbiología

☒ ¿Se detectaron problemas relacionados con el instrumental o los equipos?

☒ Si ☐ No

Correcta confección del formulario de:

☒ Anatomía patológica ☐ Microbiología

☒ Parte quirúrgico e indicaciones.

Fernando Bzard 12/05

Firma y sello de la instrumentadora circulante

FIN DE LA CIRUGIA

La instrumentadora circulante confirma:

☒ El procedimiento realizado

☒ Recuento de instrumental, gasas, agujas y compresas: ¿son correctos?

☒ Si ☐ No

Confirmación del correcto rotulado de la muestra para:

☒ Anatomía patológica ☐ Microbiología

☒ ¿Se detectaron problemas relacionados con el instrumental o los equipos?

☒ Si ☐ No

Correcta confección del formulario de:

☒ Anatomía patológica ☐ Microbiología

☒ Parte quirúrgico e indicaciones.

FIN DE CIRUGIA

Fernando Bzard 12/05

Firma y sello de la instrumentadora circulante

SANTORO GEMES
D.O. GUSTAVO CASAGNETO
COORDINADOR MEDICO QUIRÓFANOS

Miriam Torales
Médica
MNI: 184628

Firma y sello del cirujano actuante

Fernando Bzard 12/05

Firma y sello de la instrumentadora circulante

Nº Quirúrgico 443868

Apellido y Nombre FERNANDEZ, GISELLE VALERIA			H.C. 3959865-2			Nº Admisión 689104-0		
Fecha 21/08/2024 Quirófano : 2 OS OSDE			Af. 61278203301					
Llegada a quirófano 07:35	Inducción anestésica 08:00	Inicio cirugía 08:30	Fin cirugía 09:19	Fin anestesia 09:20	Salida de quirófano 09:21			

Diagnóstico pre operatorio	COLELITIASIS
Diagnóstico post operatorio	COLELITIASIS

Cirugía principal : COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Cód. 58070000
Tipo de cirugía : LIMPIA Urgente : NO

ATB Profiláctico : CEFAZOLINA Dosis 2000 mg.
Profilaxis tromboembólica : NO
Transfusión hemoderivados : NO

Tipo de anestesia : GENERAL Asa : I Antiseptia : IODOPOVIDONA

Método de diagnóstico IOP	Descripción de la cirugía
Anat. patológicas : SI	INCISION UMBILICAL. NEUMOPERITONEO CON VERESS. COLOCACION DE TROCARES SEGUN TECNICA AMERICANA. SDE VISUALIZA VESICULA DE PAREDES FINAS CON ADHERENCIAS AL EPIPLON QUE SE DISECAN. DISECCION DE PEDICULO VESICULAR IDENTIFICANDO ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO. CLIPADO DE AMBOS ELEMENTOS CON 2 CLIPS PROXIMALES Y UNO DISTAL. COLECISTECTOMIA DE CUELLO A FONDO CON CONTROL DE LA HEMOSTASIA. EXTRACCION VESICULAR POR INCISION SUBXIFOIDEA. LAVADO HEMOSTASIA. CIERRE DE APONEUROSIS CON VICRYL 1 PIEL CON NYLON 3-0.
Por congelación : NO	
Bacteriología : NO	
Recuento de gases : CORRECTO	
Lado : No Gorresponde	
Torre Laparoscopica SI	


SANATORIO GÜEMES
Dr. GUSTAVO CASTAGNETO
M.N. 62016
COORDINADOR MEDICO DE QUIROFANOS

Eq. Medico	Apellido y Nombre	Matricula	Observación
CIRUJANO	CASTAGNETO GUSTAVO	82086	
AYUDANTE	TORALE VILLALBA MIRIAN LILIANA	184628	
AYUDANTE	TURESSO VICTORIA DENISE	174586	
ANESTESISTA	GALARZA ESTER	50413	
INSTRUMENTADORA	VALLEJOS CRISTINA	11303	
CIRCULANTE	LOZANO SAMANTA	12905	

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

Internación

Motivo de Ingreso COLELITIASIS

Sector CORDOBA 7 (INT. GRAL)

Habitacion - Cama C707 -01

Fecha de Ingreso: 21/08/2024

Protocolo: 6891040-001

Fecha de Egreso: 21/08/2024

Motivo de Egreso

Diagnóstico de Egreso

Principal COLELITIASIS

Codificación CIE 574

Ingreso a INT

21/08/2024 08:03:53 TORALES VILLALBA MIRIAN LILIANA M.N.:184628

Procedencia: post cx:No

Motivo de Ingreso: COLELITIASIS

-- Ap.G.Urinario - Abdomen

PPL (+)

Impresión diagnóstica:

Paciente femenina de 42 años ingresa para cirugía programada de colecistectomía laparoscópica

Antecedentes: cierre de CIA a los 9 años, HTA, Fx clavicular

Laboratorio: sin particularidades

Ecografía: Vesícula de forma y tamaño conservado, paredes regulares, nmivel parietal anterior y posterior, se observan imágenes focales ecogénicas, no móviles sugestivos de proceso polipoideos de 3.3, 2.7, 2.2 mm, alitiasica. Vía biliar intra y extra hepática conservada

/ /

21/08/2024

21/08/2024 11:51:20 M.N.:121702 - PONZONI LORENA NOEMI

Evolución:

EVOLUCION POR CM:

PACIENTE DE 42a, CON LOS ANT. YA DESCRIPTOS A SU INGRESO; INTERNADA CURSANDO POP DE COLELAP INMEDIATO, QUE LLEGA DESPIERTA Y SIN DOLOR.

EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, NORMOTENSA Y AFEBRIL, LUCIDA COLABORADORA

Y ORIENTADA, SIN SIGNOS DE FOCO NEUROLÓGICO.

AP. RESP: BMV, BEBA, SIN RUIDOS AGREGADOS. AP. CV: R1 Y R2 NF, NO AUSCULTO SOPLO. SIN FALLA DE BOMBA. ABDOMEN: PLANO BLANDO, LEVEMENTE DOLOROSO EN HD, RHA + NORMALES, DIURESIS

ESPONTÁNEA. TOLERA AGUA Y YOGURT.

RESTO DEL EXAMEN SIN PARTICULARIDADES.

SE HABLA CON LA PACIENTE Y SU FAMILIA, EXPLICO CUADRO CLÍNICO ACTUAL.

PLAN: - ACOMPAÑAMIENTO POR CIRUGIA.

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ, GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

- CUIDADOS GENERALES Y CONTROL CLINICO.

21/08/2024 15:18:56 M.N.:184628 - TORALES VILLALBA MIRIAN LILIANA

Evolución:

Se notifica al paciente que se encuentra en condiciones de externación, comprende las indicaciones y seguimiento, se entrega epicrisis.

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Admisión 689104-0 Protocolo 6891040-001

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Sector CORDOBA 7 (INT. GRAL)

Nro. de cama C707 -01

Fecha Admisión: 21/08/2024

Ingreso al Sector: 21/08/2024

Fecha de Egreso: 21/08/2024

Diagnóstico Principal

COLELITIASIS

Motivo de Internación

Paciente femenina de 42 años ingresa para cirugía programada de colecistectomía laparoscópica

Laboratorio: sin particularidades

Ecografía: Vesícula de forma y tamaño conservado, paredes regulares, nivel parietal anterior y posterior, se observan imágenes focales ecogénicas, no móviles sugestivos de proceso polipoideo de 3.3, 2.7, 2.2 mm, alitiásica. Vía biliar intra y extrahepática conservada

El día de la fecha se realiza colecistectomía laparoscópica por Dr. Castagneto.

Por buena evolución clínica y tolerancia de algias, con diuresis espontánea positiva, tolerando dieta blanda y deambulando es que se decide otorgar el alta sanatorial.

Antecedentes Clínicos

HTA

Antecedentes Quirúrgicos

cierre de CIA a los 9 años, Fx clavicular

Tratamiento al Alta**MEDICACIÓN**

Continuar con su medicación habitual.

Si presenta dolor, tomar ibuprofeno 400 mg cada 8 hs. Si no tiene dolor, no tome ibuprofeno.

HERIDAS

Se puede bañar en ducha con agua y jabón LUEGO de 48hs de haber sido operado.

Deje que el agua corra por las heridas lavar con agua y jabón dos veces al día. Dejar al aire libre las heridas luego de 3-4 días de la cirugía. Se puede bañar en ducha con agua y jabón. Deje que el agua corra por las heridas, sin frotarlas y luego de secarlas.

Cubrir con gasas solo si presenta secreción. Dejar al aire libre. No es necesario uso de antisépticos, alcohol ni povidón

DIETA

Libre de grasas, dieta variada evitando frituras, cremas. Consumir alimentos descremados, carnes de vaca, pollo, pescado, desgrasada (asada, hervida, al horno). Cualquier fruta y verdura (cruda, hervida o al horno), se puede condimentar con aceite. Realizar pequeñas comidas varias veces al día. Puede tomar mate, café, o té.

NO INGERIR: manteca, quesos duros, embutidos, frituras, comidas rápidas, aderezos, chocolate, galletitas dulces, facturas, helado, crema de leche, gaseosas, alcohol.

Médico responsable

TORALES VILLALBA MIRIAN LILIANA

Matrícula: 184628

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ, GISELLE VALERIA

Admisión 689104-0 Protocolo 6891040-001

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Sector CORDOBA 7 (INT. GRAL)

Nro. de cama C707 -01

Fecha Admisión: 21/08/2024

Ingreso al Sector: 21/08/2024

Fecha de Egreso: 21/08/2024

Reposo domiciliario por 15 días

Plan de Controles y Seguimiento

Turno control en 15 días con Dr Castagneto

Retiro de anatomía patológica en 15-20 días.

Pautas de Alarma

Si tiene un dolor en la herida o abdominal que no cede con los analgésicos, está

enrojecida, tiene secreción maloliente o turbia, si tiene fiebre mayor a 38°, color

amarillento de la piel o ante cualquier duda: CONCURRA A LA GUARDIA DE CIRUGÍA GENERAL

DEL SANATORIO GÜEMES



TORALES VILLALBA MIRIAN LILIANA

Matrícula: 184628

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

Internación

Motivo de Ingreso COLELITIASIS

Sector CORDOBA 7 (INT. GRAL)

Habitacion - Cama C707 -01

Fecha de Ingreso: 21/08/2024

Protocolo: 6891040-001

Fecha de Egreso: 21/08/2024

Motivo de Egreso ALTA MEDICA

Diagnóstico de Egreso

Principal COLELITIASIS

Codificación CIE 574

*

INDICACIONES del 21/08/2024 08:03 por MTOALES M.N.:184628 INICIALIZACION: 21/08/2024 08:03 (MTOALES)

- Endovenoso Continuo

>> GUIA: A, DEXTROSA AL 5% EN FISOLOG SACHET 500 ML, 500 ML, (GOTEO) VOLUMEN: 500 ML, TIEMPO: 24 HORAS, 7 MACROGOTAS POR MINUTO, 21 MILILITROS POR HORA, VIA INICIO:21/08/2024 08:03

- DICLOFENAC SODICO 75 MG AMPOLLA MG 2 Amp/Frasco

>> GUIA: PHP, BAXTER : BAXTER1, FISOLOGICA CLORURO DE SODIO SOLU. SACH. X 500 ML., 500 ML, (GOTEO) VOLUMEN: 1500 ML, TIEMPO: 24 HORAS, 7 MACROGOTAS POR MINUTO, 21 MILILITROS POR HORA, VIA INICIO:21/08/2024 08:03

INDICACIONES del 21/08/2024 08:03 por MTOALES M.N.:184628 INICIALIZACION: 21/08/2024 08:03 (MTOALES)

- Medicación / Insumos

METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLA, 10, MG 1 Amp/Frasco , VIA Endovenoso

Planificación : 10 MG CADA 8 HS SI INICIO:21/08/2024 08:03

*

INDICACIONES del 21/08/2024 11:51 por LNPONZONI M.N.:121702 INICIALIZACION: 21/08/2024 08:03 (MTOALES)

- Endovenoso Continuo

>> GUIA: A, DEXTROSA AL 5% EN FISOLOG SACHET 500 ML, 500 ML, (GOTEO) VOLUMEN: 500 ML, TIEMPO: 24 HORAS, 7 MACROGOTAS POR MINUTO, 21 MILILITROS POR HORA, VIA INICIO:21/08/2024 08:03

- DICLOFENAC SODICO 75 MG AMPOLLA MG 2 Amp/Frasco

>> GUIA: PHP, BAXTER : BAXTER1, FISOLOGICA CLORURO DE SODIO SOLU. SACH. X 500 ML., 500 ML, (GOTEO) VOLUMEN: 1500 ML, TIEMPO: 24 HORAS, 21 MACROGOTAS POR MINUTO, 63 MILILITROS POR HORA, VIA INICIO:21/08/2024 08:03

>> GUIA: PHP, BAXTER : BAXTER2, FISOLOGICA CLORURO DE SODIO SOLU. SACH. X 500 ML., 500 ML, (GOTEO) VOLUMEN: 1500 ML, TIEMPO: 24 HORAS, 21 MACROGOTAS POR MINUTO, 63 MILILITROS POR HORA, VIA INICIO:21/08/2024 08:03

>> GUIA: PHP, BAXTER : BAXTER3, FISOLOGICA CLORURO DE SODIO SOLU. SACH. X 500 ML., 500 ML, (GOTEO) VOLUMEN: 1500 ML, TIEMPO: 24 HORAS, 21 MACROGOTAS POR MINUTO, 63 MILILITROS POR HORA, VIA INICIO:21/08/2024 08:03

INDICACIONES del 21/08/2024 11:51 por LNPONZONI M.N.:121702 INICIALIZACION: 21/08/2024

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

08:03 (MTORALES)

- Medicación / Insumos

METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLA, 10, MG 1 Amp/Frasco , VIA Endovenoso

Planificación : 10 MG CADA 8 HS SI INICIO:21/08/2024 08:03

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

Internación

Motivo de Ingreso COLELITIASIS

Sector CORDOBA 7 (INT. GRAL)

Habitacion - Cama C707 -01

Fecha de Ingreso: 21/08/2024

Protocolo: 6891040-001

Fecha de Egreso: 21/08/2024

Motivo de Egreso ALTA MEDICA

Diagnóstico de Egreso

Principal COLELITIASIS

Codificación CIE 574

EVOLUCION DE ENFERMERIA

/ /

21/08/2024

21/08/2024 10:02:00 - PAREDES GRISELDA FABIANA -

C.S.V.

Datos de las 1002

T.Art.Sistolica mmHg:100 T.Art.Diastolica mmHg:60

Frecuencia Cardiaca (latidos x min.):69

Frecuencia Respiratoria (respiracion x min.):16

T. Axilar (grado centigrado):36

Saturacion de O2 en sangre %98

NO Requiere Oxigeno suplementario

Evolución:

Ingresa paciente de quirófano en camilla lucida orientada en tiempo,espacio y persona
respirando aire ambiente con pulsera de identificación en MSI con datos correctos se
coloca estiker de riesgo de caida,avp en msd permeable se coloca php sf a 21gts // dext5%
en fisiologico +2amp de Diclofenac a 7gts con regulador de goteo paciente refiere ser
alergica a los corticoides se realiza csv se encuentra estable afebril se acondiciona en
la unidad ,buena tolerancia de liquidos queda en compañía del familiar en habitacion.

Escores

3 Puntos

Escores

0

Escores

ESTADIO UPP / 0 - SIN ULCERA: 0 - SIN ULCERA

Escores

SIN RIESGO: 20 Puntos

Escores

15 Puntos

Escores

RIESGO BAJO: 18 Puntos

Medicación

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

DEXTROSA AL 5% EN FISIOLÓG SACHET 500 ML EV A| 500 500 ml, 24 Horas 7 Macrogotas x minuto, 21 ml x hora

AGREGADOS

DICLOFENAC SODICO 75 MG AMPOLLA Dosis 150 MG

FISIOLÓGICA CLORURO DE SODIO SOLU. SACH. X 500 ML. EV PHP|BAXTER1 500 1500 ml, 24 Horas 7 Macrogotas x minuto, 21 ml x hora

Medicación

METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLA Hora Indic: 10:00 Endovenoso 10 MG

Evolución:

Buena ingesta via oral en compañía del familiar en habitación.

Cuidados realizados

Cuidados realizados

ADECUACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

IMPLEMENTAR MEDIDAS QUE FAVORECEN EL SUEÑO

REDUCIR DISTRACCIONES QUE FAVOREZCAN EL SUEÑO

MEDICACIÓN PRESCRIPTAS DILUCION Y ADMINISTRACION

ASISTENCIA EN LA MOVILIZACIÓN

IDENTIFICACIÓN Y CHEQUEO DE IDENTIDAD

COLOCAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVO DE ACCESO VENOSO

21/08/2024 14:36:00 - PALACIOS LUCIANA ELISABETH - C.S.V.

Datos de las 1436

T.Art.Sistolica mmHg:100 T.Art.Diastolica mmHg:80

Frecuencia Cardiaca (latidos x min.):78

Frecuencia Respiratoria (respiracion x min.):18

T. Axilar (grado centigrado):36.1

Saturacion de O2 en sangre %98

NO Requiere Oxigeno suplementario

Evolución:

Paciente lucida orientada en tiempo y espacio.

Permanece con pulsera de identificación miembro superior izquierdo stickers de riesgo de caída cama baja con barandas elevadas señalética de riesgo de caída llamador a su alcance.

Presenta avp en msd infundiendo php dex 500ml + ANALGESICO// php 500ml a 42mlhs respira aire ambiente realizo control de signos vitales.

Escores

2 Puntos

Escores

0

Escores

ESTADIO UPP / 0 - SIN ULCERA: 0 - SIN ULCERA

Escores

SIN RIESGO: 20 Puntos

Escores

RIESGO BAJO: 19 Puntos

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ,GISELLE VALERIA

Nro. Admisión 689104-0

Entidad OSDE

Nro. beneficiario 61278203301

Edad 43 años 8 meses

H.Clin. 3959865-2

Escores

12 Puntos

Datos del Paciente		Hoja 1 / 1	
Apellido y Nombre	FERNANDEZ, GISELLE VALERIA	Nro. Admisión	689104-0
Entidad	OSDE	Nro. beneficiario	61278203301
	Edad 43 años 8 meses	H.Clin.	3959865-2
Internación			
Motivo de Ingreso	COLELITIASIS		
Sector	CORDOBA 7 (INT. GRAL)	Habitacion - Cama	C707 -01
Fecha de Ingreso:	21/08/2024	Protocolo:	6891040-001
		Fecha de Egreso:	21/08/2024
Motivo de Egreso	ALTA MEDICA		
Diagnóstico de Egreso			
Principal	COLELITIASIS		
	Codificación CIE 574		

Hora	Tipo	Observaciones	Volumen	Usuario	Hora Registro Colocó
Fecha	21/08/2024				

Turno MAÑANA

10:21	ORAL	yogurt (ORAL)	200 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 10:21:17 200
13:33	ORAL	yogurt (ORAL)	200 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 13:33:50 200
13:33	ORAL	flan (ORAL)	200 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 13:33:50 200
13:33	ORAL	agua (ORAL)	250 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 13:33:50 250
13:45	DIURESIS	espontánea en baño (DIURESIS)	-200 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 13:45:24

Balance del turno MAÑANA

650

Turno TARDE

14:00	PARENTERAL	sf a 21gts	252 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 13:37:36 500
14:00	PARENTERAL	dext5%en	84 PAREDES GRISELDA	21/08/2024 13:37:05 500

Balance del turno TARDE

336

Balance del día 21/08/202

986



Nro Vale: 57616848	DV: 562	No. Admisión: 689104-0	HC: 3959865-2
Fecha Vale: 21/08/2024	Habitación: C707	Cama: 01	
Paciente: FERNANDEZ, GISELLE VALERIA		Edad: 42	Sexo: F
Remite: Dra. TORALES VILLALBA MIRIAN LILIANA		Protocolo Nro: 24-M-8939	
Obra Social: OSDE		Fecha: 03/09/2024	
Material Remitido: VESICULA BILIAR - RESECCION		Nro Afiliado: 61278203301	
		Origen: INTERNADO	

INFORME HISTOPATOLÓGICO

Macroscopía

Se recibe pieza de colecistectomía, parcialmente abierta y evacuada, que mide 4 x 2 cm. Serosa congestiva. Mucosa con áreas despulidas. Pared de hasta 0.3 cm de espesor. No se observan macroscopicamente pólipos.

Microscopía

Las secciones histológicas muestran pared vesicular con capa muscular hiperplasica con hemorragia e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario , A nivel subepitelial se observa edema y aislados histiocitos espumosos.

Diagnóstico

VESICULA BILIAR - RESECCION
COLECISTITIS CRÓNICA .

Dra. DIAZ GRACIELA MONICA
Anatomo Patóloga
MN 59960

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ, GISELLE VALERIA

Nro Documento 29319246

Edad 41...

Entidad OSDE

Rubro PROCEDIMIENTOS

Fecha Quirúrgica 23/06/2023

H.Clínica 3959865-2

Beneficiario 61278203301

Protocolo 09198696-23

Resumen de Historia Clínica

Mot.Cons.: FRACTURA DE CLAVICUA IZQ

Antec.: CONTROL

CAIDA DE ALTURA

Resultados de Estudios Previos

FRACTURA DE CLAVICULA

Diagnóstico

FRACTURA DE CLAVICULA

Observaciones

REDUCCION Y OSTEOSINTESIS

Estudio o Material Solicitado

- Paciente internado en PISO

CLAVICULA, OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE



Firma y sello del Profesional Solicitante

CABRERA MARCOS NAHUEL

Matrícula: 117760



Dr. Pablo Garbino

Firma de Auditoría Médica

M.N. 126771

Fecha Auditoría 13/06/2023 19:20:04

A completar por Auditoría Médica

GESTIONAR OBRA...

OSDE

Por favor, responder

☐ Urgente

☐ a la brevedad

al Fax Nro 4959 8300

Firma y sello

Datos del Paciente

Apellido y Nombre FERNANDEZ, GISELLE VALERIA

Nro Documento 29319246

Edad 41...

Entidad OSDE

Rubro MATERIALES

Fecha Quirúrgica 23/06/2023

H.Clínica 3959865-2

Beneficiario 61278203301

Protocolo 09198696-23

Resumen de Historia Clínica

Mot.Cons.: FRACTURA DE CLAVICUA IZQ

Antec.: CONTROL

CAIDA DE ALTURA

Resultados de Estudios Previos

FRACTURA DE CLAVICULA

Diagnóstico

FRACTURA DE CLAVICULA

Observaciones

REDUCCION Y OSTEOSINTESIS

Estudio o Material Solicitado

ASSISTENCIA TECNICA + ORTOPEDIA SAI

MOTOR

PLACA DE CLAVICULA DISTAL DE 2.7MM / 3.5MM BAJO PERFIL BLOQUEADA TITANIO + SET DE COLOCACION + TORNILLERA + CLAVIJAS



Firma y sello del Profesional Solicitante
CABRERA MARCOS NAHUEL
Matrícula: 117760



Dr. Pablo Garbino
Firma de Auditoría Médica
M.N. 126771
Fecha Auditoría 13/06/2023 19:19:27

A completar por Auditoría Médica

GESTIONAR APE

OSDE

Por favor, responder

☐ Urgente

☐ a la brevedad

al Fax Nro 4959 8300

Firma y sello



Organización de Servicios
Directos Empresarios
CUIT: 30-54674125-3

SOLICITUD DE AUTORIZACION

Centro de Atención Telefónica

0810 555 6733
(OSDE)

Fecha emisión: 12/06/2023

Fecha de vencimiento: 12/07/2023

EVENTO: 6089867115

IO-FILIAL METROPOLITANA

CAP. CAP CARE WEB ME

OPERADOR: INTEGRACION INTEGRACION

Prestador: 6001014081 SANATORIO GUEMES

Domicilio y teléfono:

Socio: 61278203301 - GISELLE VALERIA FERNANDEZ

Plan: 2 210

Sexo: Femenino

Edad: 41

Condicion de IVA: EXENTO

AUTORIZADO

Prestación	Detalle	A cargo del socio	A cargo de OSDE
Pensión	Según plan y complejidad de la prestación Fecha internación: 12/06/2023 Días : 1		100%

Acompañante a cargo del socio 100%.

Observaciones

OSDE se reserva el derecho a solicitar información adicional, resultados de estudios de diagnóstico, informes sobre evolución del tratamiento y finalización del mismo, interconsultas, etc.



Organización de Servicios
Directos Empresarios
CUIT: 30-54674125-3

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Centro de Atención Telefónica

0810-555-6733

(OSDE)

Fecha emisión: 12/08/2024

EVENTO: 6089237655

Fecha de vencimiento: 20/10/2024

JO - FILIAL METROPOLITANA

CAP. CAP CARE WEB METRO

Operador: INTEGRACION INTEGRACION

Prestador: 6001014081 - SANATORIO GUEMES

Fecha probable de consumo: 21/08/2024

Dirección y Teléfono:

Socio: 61278203301 - FERNANDEZ GISELLE VALERIA

Plan: 2 310

Sexo: Femenino Edad: 42

Condicion IVA: EXENTO

Obra Social: 113809 - OSOCNA

AUTORIZADO			
Prestacion	Detalle	A cargo del socio	A cargo de OSDE
080762 - COLECISTECT.LAPAROSCOPICA.	Contexto: Internacion Cantidad: 1		100%
Pensión / Gastos	Según plan y complejidad de la prestación Fecha internación: 21/08/2024 Días : 1		100%

Honorarios: 1: ESP / 2: AYU / 3: AN / 5: INST. Gastos: 4: GS

Acompañante a cargo del socio 100%.

Observaciones:

OSDE se reserva el derecho a solicitar informacion adicional, resultados de estudios de diagnosticos, informes sobre evolución del tratamiento y finalizacion del mismos, interconsultas, etc.

GISELLE VALERIA FERNANDEZ

osde

61 278203 3 01

NRO. SOCIO

PLAN 2 310 NG

Token ⓘ

050

Se actualizará en 2:27

¿Tenés problemas? [Sincronizar](#)

Ver código QR y de barras



Compartir el acceso a esta credencial





REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
FERNANDEZ

Nombre / Name
GISELLE VALERIA

Sexo / Sex
F

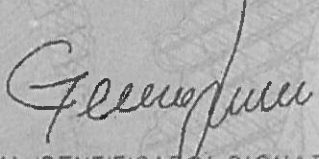
Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
12 FEB/ FEB 1982

Fecha de emisión / Date of issue
02 AGO/ AUG 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
02 AGO/ AUG 2028


FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

29.319.246

Trámite N° / Of. ident.

**00209644229
7108**



DOMICILIO: BOLIVIA 2948 5 A - VILLA DEL PARQUE - CIUDAD
DE BUENOS AIRES - CIUDAD DE BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES



Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior



PULGAR

IDARG29319246<6<<<<<<<<<<<<<<<
8202121F2808026ARG<<<<<<<<<<<<6
FERNANDEZ<<GISELLE<VALERIA<<<<