

Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**República de Colombia**  
**JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA**  
**Palacio de Justicia Oficina 704 Tel: 8710746**  
**jcmpal05nva@notificacionesrj.gov.co**  
**Neiva –Huila**

**URGENTE TUTELA**  
**Febrero 12 de 2020**  
**Oficio No. 0500**

**Señores**  
UNION TEMPORAL MAGISALUD 2  
[soportepaginaweb@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:soportepaginaweb@cendoj.ramajudicial.gov.co)

ACCIÓN DE TUTELA

ACCIONANTE: ALEXANDER GÓMEZ MEDINA.  
ACCIONADO: SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD – UNIÓN TEMPORAL TOLIHUILA.  
RADICACIÓN: 41001-40-03-005-2020-00065-00

**Comendidamente me permito notificarle para los fines pertinentes el auto dictado por este despacho judicial dentro de la acción de tutela de la referencia:**

“Por ser procedente, el Juzgado ADMITE la presente acción de tutela instaurada por el señor **ALEXANDER GÓMEZ MEDINA** en contra de **SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD – UNIÓN TEMPORAL TOLIHUILA** invocando la protección a sus derechos fundamentales a la salud, la vida, seguridad social. VINCULAR a este trámite constitucional a la FIDUPREVISORA y a la UNIÓN TEMPORAL MAGISALUD 2 que se encuentra integrada por COSMITET LTDA, CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA, PROINSALUD SA, SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD, FAMAC, UNIMAP E.U., SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL DE SAN JOSÉ y UNIDAD ONCOLÓGICA SURCOLOMBIANA S.A.S. En consecuencia, entérese de esta determinación tanto al accionante, como a las accionadas y vinculadas en la forma y términos del artículo 16 del Decreto 2591 de 1991. Disponiendo que en el evento de no poderse realizar la notificación a la parte demandada y/o vinculadas de las providencias dictadas en este trámite, se realice a través la página web de la rama judicial.

De otro lado para que obren como pruebas dentro de esta tutela, ténganse como tales los documentos aportados por la parte accionante, los que se aporten posteriormente y que tengan injerencia en la decisión de esta acción constitucional.

Igualmente, se dispone solicitar a las accionadas y vinculadas que dentro de un día (1) siguiente a la notificación de esta providencia, se pronuncie respecto a los hechos y pretensiones que sustentan la acción de tutela y para que ejerzan su derecho de defensa y contradicción.

Finalmente, se reconoce personería al señor ALEXANDER GÓMEZ MEDINA para que actúe dentro del presente trámite constitucional en causa propia.

Notifíquese por el medio más expedito” **FDO. HECTOR ALVAREZ LZOANO – JUEZ.**

**Atentamente**

  
**JAIRO BARREIRO ANDRADE**  
**Secretario**

mehp

Señor  
**JUEZ CIVIL, Y/O FLIA, PENAL CIRCUITO Y/O MUNICIPAL**  
Reparto

**CONTRA: APB: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD – UNION TEMPORAL  
TOLIHUILA**

**DE: ALEXANDER GOMEZ MEDINA**

Respetado señor Juez:

Yo **ALEXANDER GOMEZ MEDINA**, identificado como aparece en mi firma y para los fines pertinentes, obrando en nombre propio, solicito la protección de mi derecho fundamental como es el **Derecho a la vida, salud y seguridad social, principio de Accesibilidad, Principio de Integralidad, Principio de Solidaridad, principio de continuidad e integralidad en el servicio público de salud**, vulnerado a mi juicio por la **SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD – UNION TEMPORAL TOLIHUILA**, por no reconocerme los gastos derivados del transporte y de los viáticos para el afiliado y su acompañante quien asumirá su asistencia en recuperación con fundamento en lo siguiente:

#### **HECHOS**

1. tengo 50 años de edad, padezco cáncer "**LINFOMA NO HODGKIN INDIFERENCIADO (DIFUSO)**" y resido en el municipio de Tello (Huila). Enfermedad de la cual fui operado y hoy en día me encuentro en control, después de pasar por las quimios para atacar la enfermedad.
2. Me encuentro vinculado al Sistema General de Seguridad Social de Salud en el régimen contributivo a través de la **EPS UNION TEMPORAL TOLIHUILA** como cabeza de familia.
3. Hoy después de varios exámenes y revisión del médico, me remiten hacerme una intervención de **CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCEDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VÍA PERINEAL** en la ciudad de Bogotá, donde debo permanecer 8 días para los controles después de la cirugía, quedando un drenaje en el cuerpo, porque, aunque es otro sector del cuerpo debe ser evaluado y revisado para que no presente contratiempos después del pos operatorio.
4. Durante esos 8 días debo permanecer en Bogotá y estar asistido y acompañado durante todo el proceso desde la realización del procedimiento que exige un acompañante hasta mi recuperación, sin tener donde hospedarme, al ser mi domicilio de residencia el Municipio de Tello y no

21

cuento con los recursos suficientes para asumir todos los gastos para obtener una buena recuperación.

5. La EPS solo quiere cubrir los gastos de transporte míos; Desconociendo los otros haberes como el gasto del transporte del acompañante y sus viáticos para todo el tiempo que debo permanecer.
6. La Cirugía fue programada para el 14 de marzo de 2020 en la ciudad de Bogotá.

Por lo anterior, solicitó el amparo de sus derechos fundamentales Derecho a la vida, salud y seguridad social, principio de Accesibilidad, Principio de Integralidad, Principio de Solidaridad, principio de continuidad e integralidad en el servicio público de salud, en consecuencia, que se le ordene a la EPS accionada asumir los gastos derivados de los desplazamientos de ella y su acompañante y sus viáticos.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

el artículo 49 de la Constitución se encuentra consagrada la obligación que recae sobre el Estado de garantizar a todas las personas el acceso a la salud, así como de organizar, dirigir, reglamentar y establecer los medios para asegurarles su protección y recuperación. De ahí su doble connotación: por un lado, constituye un derecho fundamental del cual son titulares todos los ciudadanos del territorio nacional y por otro, un servicio público de carácter esencial cuya prestación se encuentra en cabeza del Estado.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, estableció que "todo ser humano tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente" igualmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General n.º 14 del 2000 advirtió que "la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos." Permitiendo entender el derecho a la salud como "el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Tal y como quedo establecido en la sentencia T 760 de 2008, si bien el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante son servicios médicos, hay ciertos casos en los que el acceso efectivo al servicios de salud depende de que el paciente pueda desplazarse hacia los lugares donde le será prestada la atención medica que requiere, desplazamiento que, en ocasiones, debe ser financiados porque el paciente pueda desplazarse hacia los lugares donde le será prestada la atención medica que requiere, desplazamiento que, en ocasiones, debe ser financiado

porque el paciente no cuenta con los recursos económicos para acceder a él. De hecho, la jurisprudencia constitucional, basándose en la regulación existente al respecto, ha señalado que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios que quería, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía. De este modo, se ha establecido que la obligación de asumir el transporte de una persona se trasladara a la EPS únicamente en los eventos donde se acredite que "(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario". Adicionalmente, no solo ha garantizado el derecho al transporte y a otros costos que supone el desplazamiento a otro lugar distinto a aquel de residencia, para acceder a un servicio de salud requerido. También se ha garantizado la posibilidad de que se brinden los medios de transporte y traslado a un acompañante cuando sea necesario.

Asimismo, en respuesta a las observaciones contenidas en sentencia T-760 de 2008, la Ley 1751 de 2015, por una parte, en su artículo 2° reitera la irrenunciabilidad del derecho a la salud, así como el deber por parte del Estado de garantizar su prestación de manera oportuna, eficaz y con calidad; por otra, en su artículo 4 define al sistema de salud como "(...) el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud".

**Principio de accesibilidad.** La Ley Estatutaria de Salud lo define de la siguiente manera: "los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información."

**Principio de integralidad.** Esta directriz se refleja en el deber de las EPS de otorgar todos los servicios requeridos para recuperar el estado de salud de los usuarios pertenecientes al sistema con el pleno respeto de los límites que regulan el sistema de salud. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación lo definió así: "(...) se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante".

En la misma línea, la **sentencia T-277 de 2017** reitero que "la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud

4

del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud (...)"

De acuerdo con dichos parámetros, la integralidad responde "a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que debido a la condición de salud se le otorgue una protección integral en relación con todo aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida de manera efectiva".

Así, se concluye que el principio de integralidad consiste en mejorar las condiciones de existencia de los pacientes garantizando todos los servicios que los médicos consideren científicamente necesarios para el restablecimiento de la salud, ello en condiciones de calidad y oportunidad. Finalmente, en consonancia con este principio, sobre las empresas promotoras de salud recae la obligación de no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites administrativos que impidan a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud.

#### **Gastos de transporte y viáticos para el paciente y su acompañante. Reiteración de jurisprudencia**

El reconocimiento de los gastos derivados del transporte y de los viáticos para el afiliado y para quien debe asumir su asistencia durante los respectivos desplazamientos también es un resultado de la aplicación de los postulados desarrollados en precedencia -integralidad, accesibilidad y solidaridad-. Para la Sala esta conclusión se infiere del desarrollo jurisprudencial hasta ahora abordado y del que a continuación se expondrá.

En esa misma línea, en sentencia T-709 de 2011 se consideró que: "(...) toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que le impidan acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas (sic) implican el desplazamiento a un lugar distinto al de la residencia, debido a que en el sitio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y no pueda asumir los costos de dicho traslado." También, se concluyó que se cubrirá el traslado de un acompañante, si su presencia y soporte se requieren para la recuperación, así como el valor de los viáticos en una ciudad diferente a la de su residencia.

Así las cosas, teniendo en cuenta la sentencia T 309 de 2018, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remitora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii)

5/

el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

**PRINCIPIO DE CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD EN EL SERVICIO PUBLICO DE SALUD**-Vulneración cuando existen obstáculos o barreras injustificadas para la entrega de medicamentos

Tanto la jurisprudencia constitucional como la normativa que regula la materia, reconocen que una de las obligaciones correlativas al derecho fundamental a la salud, es el suministro de los medicamentos de manera oportuna, eficiente, integral y continua, con el fin de eliminar barreras que impidan su acceso.

### **PRETENSIONES**

**PRIMERA:** Con el fin de garantizar y restablecer mi derecho fundamental Derecho a la vida, salud y seguridad social, principio de Accesibilidad, Principio de Integralidad, Principio de Solidaridad, principio de continuidad e integralidad en el servicio público de salud, respetuosamente solicito al Juez, ordenar a la **SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD – UNION TEMPORAL TOLIHUILA**, que dentro de un en el término máximo de (48) Cuarenta y Ocho Horas, contados a partir de la notificación del fallo, me sea reconocido, pagado o entregado los Gastos de transporte y viáticos para el paciente y su acompañante por el término que deba estar en Bogotá. Todo esto teniendo en cuenta mi salud y tener una buena recuperación.

### **PRUEBAS**

- Historia clínica.

### **NOTIFICACIONES**

**ACCIONADA:** CALLE 8 No 11 – 12 Barrio Altico Tel. 8721542

**ACCIONANTE:** Calle 2B No. 6 - 27 Tello - Huila, Cel. 3112530120 - 3142152750

### **ANEXOS**

Anexo todo lo relacionado en el acápite de pruebas, con copias de la demanda para archivo del Juzgado y traslado al accionado.

### MANIFESTACION BAJO JURAMENTO

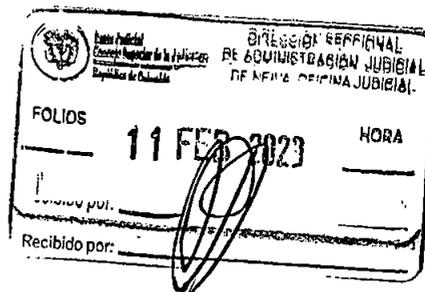
Bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la presentación en la Secretaría de reparto del presente escrito, respetuosamente manifiesto que NO he interpuesto ante ninguna otra autoridad judicial, otra acción de tutela por los mismos hechos, derechos y pretensiones.

Agradeciendo atención prestada.

Atentamente,



**ALEXANDER GOMEZ MEDINA**  
C.C. 4.943.950 de Tello.



Stamp details:  
Logo: Poder Judicial, Consejo Superior de la Judicatura, República de Colombia  
Text: DIRECCION REGIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE NEIVA (CIPIA JUDICIAL)  
FOLIOS: 11 FEB 2023  
HORA: [blank]  
Recibido por: [signature]



**SOCIETAT DE CIRURGIJA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ**  
 Calle 10 N° 18 -75, PBX: 3538008 - 3538000

**SOLICITUD SALA DE CIRURGIJA**

**SOCIETAT DE CIRURGIJA DE BOGOTÁ** Identificación: CC 4943950  
**HOSPITAL DE SAN JOSÉ** Apellidos y Nombres: GOMEZ MEDINA ALEXANDER  
CABANES Fecha de Nacimiento: 28 de Mar del 1969 0:0 AM Edad: 50 a 7 m 1 d  
 Sexo: MASCULINO Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
 Estado Civil: NO ESPECIFICADO Teléfonos: 3112530120  
 APB: SOCIETAT CLINICA EMCOSALUD Sucursal: PRINCIPAL  
 N° Historia Clínica: 4943950 N° Carpeta: 10279442  
 Fecha de atención:

EL DOCTOR:

AYUDANTE (S):

SOLICITA LA SALA N°:

HORA:

EL DIA:

TIPO DE PACIENTE: AMB: X

A.H.:

HOSP:

PABELLON:

INTERVENCIÓN (ES):

14 Marzo/20

CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL

CÓDIGO (S) CUPS: 487602

DURACIÓN:

REQUERIMIENTOS ESPECIALES:

SUTURA PPH DE 33 MM

PATOLOGÍAS ASOCIADAS:

ANESTESIÓLOGOS:

TIPOS DE ANESTESIA: GENERAL: X REGIONAL: LOCAL: L. CTRL: OTRO:

**Nelson A. Niño Puentes**  
 Coloproctólogo  
 R.M. 80203136

NIÑO PUEENTES NELSON  
 CC 80203136



**SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE**  
**CALLE 10 No. 18 - 75**  
**3538000**

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA  
 HOSPITAL DE SAN JOSE

**Paciente:** CC 20114128 CAICEDO HERRERA MARIA DEL CARMEN  
**Admisión:** 2889484 **Fecha de Ncto:** 16/02/1939 **Edad:** 81 a 4 m 23 **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Tel:** 3102484184  
**Dirección:** CALLE 16 SUR N°3-82 **Ubicación del Pcto:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** BOGOTA D.C. **Barrio:** BOGOTA **Religión:** NO APLICA  
**Ocupación:** 08-PENSIONADO **Sexo:** Femenino  
**APBa:** MEDIMAS EPS S.A.S **Tipo Vínculo:** Coizante/Afiliado  
**Sucursal:** PRINCIPAL  
**Contrato:** MEDIMAS EPS S.A.S

**CONTROL DE COLOPROCTOLOGIA**

**Fecha y Hora de atención**  
 09/07/2019 1:08 p.

**Profesional:** NIÑO PUENTES NELSON ANTONIO **Especialidad:** COLOPROCTOLOGIA **Tp Admisión:** AMBULATORIO  
**Hora Ingreso:** 09/07/2019 12:54 p.m.

**SERVICIOS REALIZADOS** **CANTIDAD**  
 890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS 1

**CONTROL - DATOS DE LA CONSULTA**

Motivo de consulta: CONTROL  
 Enfermedad Actual: PACIENTE DE 80 AÑOS EN POP DE SIGMOIDECTOMIA + COLOSTOMIA DEL 11/02/18. PACIENTE EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA. EN QUIEN SE CONSIDERA CANDIDATA PARA CIERRE DE COLOSTOMIA PROGRAMADA 11/10/19. CONSULTAN EL DIA DE HOY PARA SOLICITUD DE INSUMOS.  
**CONTROL - SIGNOS VITALES Y CORPORALES**

Tensión arterial: 120/80  
 Frecuencia cardíaca: 65  
 Frecuencia Respiratoria: 20  
 Temperatura: 36.3

Peso (Kg):  
 Talla (cm):  
 Índice masa corporal:

Escala numérica para el dolor: 0

**CONTROL - EXAMEN FISICO**  
 Apariencia General: BUENAS CONDICIONES GENERALES

Cabeza y cuello: NORMOCÉFALO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS  
 Cardiopulmonar: TORAX SIMETRICO  
 Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE COLOSTOMIA FUNCIONANTE  
 Examen urogenital:

Glándulas: EUTRÓFICAS SIN EDEMAS

Hígado:

Pril y bñteras:

Osteomuscular:

**CONTROL - ANALISIS**

Análisis: PACIENTE DE 80 AÑOS EN POP DE SIGMOIDECTOMIA + COLOSTOMIA DEL 11/02/18. PACIENTE EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA. EN QUIEN SE CONSIDERA CANDIDATA PARA CIERRE DE COLOSTOMIA PROGRAMADA 11/10/19. CONSULTAN EL DIA DE HOY PARA SOLICITUD DE INSUMOS

**CONTROL - PLAN DE MANEJO**

Plan de manejo: INSUMOS PARA COLOSTOMIA

Signos de alarma y recomendaciones generales: -

Realizado Por: -

**DIAGNOSTICOS CIE**

Código: Z933 Nombre: COLOSTOMIA

Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoría: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO	ENFERMEDAD GENERAL	

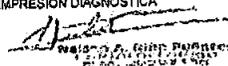


INSTITUCIÓN DE SALUD

**Fecha:** 09/07/2019 13:15      **Ambito:** AMBULATORIO      **Admisión:** 2889293      **ORDEN EXT No.** 10965593  
**Paciente:** CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER      **F. Nacimiento:** 28/03/1989      **EDAD:** 50 a 3 m 11 d      **GENERO:** MASCULINO  
**Pabellón:**      **Habitación:**      **Cama:**  
**APB:** SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD      **Contrato:** SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD

Servicios Ordenados	Especialidad	Cent	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a	No. KIPRESS
487602 - CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCTODIAGNÓSTICA CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL Cód. Referencia: 0			1,00 Urgente 0				

INFORMACION DIAGNÓSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
K623	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	PROLAPSO RECTAL
		
	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE

**Ordenado por:** NIÑO PUENTES NELSON ANTONIO      **Registro Médico:** 80203136      **Dependencia:** CENTRAL DE HOSPITALIZACIONES

 <b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ</b> <b>HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b> <small>Clínicas</small>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ MANIFIESTA                  DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRÁCTICA                  DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ANESTESIA, METODOS                  DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS.</b> (Otorgado en cumplimiento a la Ley 23 DE 1981)
GOMEZ MEDINA ALEXANDER	CC 4943950
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>

FECHA DE OBLIGACIONAMIENTO: 29/10/2019

Actuando en nombre propio o en mi calidad de:

Del paciente:

1. Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al HOSPITAL SAN JOSE, para que con el concurso de su personal médico y paramédico aplique los métodos diagnósticos y los tratamientos médicos y quirúrgicos que a continuación se describen:

**CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL**

2. Autorizo la práctica de los procedimientos adicionales que se hagan necesarios derivados de los hallazgos quirúrgicos o de situaciones imprevisibles que se presenten durante la intervención.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa la información que se me ha dado en forma personal por los médicos, sobre mis condiciones clínico patológicas, la naturaleza, necesidad, beneficios, consecuencias y alternativas de la intervención que requiero. Se me ha enterado de la disposición del médico para ampliar la información que desee y la posibilidad que tengo de revocar el presente consentimiento.

4. Se me ha informado en un lenguaje sencillo, los riesgos, efectos secundarios y molestias concomitantes con la intervención y en especial los siguientes que para constancia se consignan así:

**SANGRADO, INFECCION, LESION VASCULAR Y/O NERVIOSA, DOLOR INTENSO, HEMATOMA, CONVERSION A CIRUGIA POR LAPOROTOMIA, OSTOMIAS TRASFUSION, FUGA DE ANASTOMOSIS, ABDOMEN ABIERTO, REQUERIMIENTO A UCI, PERITONITIS, MUERTE**

5. Igualmente otorgo mi consentimiento para que se aplique anestesia por parte de un médico anestesiólogo del hospital y autorizo a aquel a utilizar el tipo de anestesia que considero más aconsejable. Me han sido explicados satisfactoriamente y advertidos los riesgos generales y personalizados que conlleva la aplicación de anestesia y en especial los siguientes:

6. Declaro que conozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación de la salud.

7. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias, por parte del médico, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Paciente o persona Responsable Legalmente	Documento de Identidad

Certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención quirúrgica o procedimiento especial y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, comprendo completamente lo que he explicado.

Nombre y Firma del médico Tratante NIÑO PUEENTES NELSON ANTONIO	Registro Médico CC 80203136
--	--------------------------------

NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO

COD: 04891H



# SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

CALLE 10 No. 18 - 76  
3538000

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ  
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Paciente: CC 20114126 CAICEDO HERRERA MARIA DEL CARMEN

## ORDENES GENERADAS

### ELEMENTOS

Nombre	Indicadores		Cantidad
BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA 45MM		30,00	Urgente
BARRERA MOLDEABLE CONVEXA DE 40 MM		30,00	Urgente
PASTA STOMAHESIVE TUBO		5,00	Urgente
FIXOMULL (1 CAJA)		1,00	Urgente

### SERVICIOS

Nombre	Indicadores		Cantidad
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		1,00	Urgente

Profesional que elabora: NIÑO PUENTES NELSON ANTONIO

CC 60203136 R.M. 60203136

Profesional que elabora: NIÑO PUENTES NELSON ANTONIO CC 60203136 R.M. 60203136

12



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE  
NIT: 899889017-4  
Calle 10 No.18 - 76 PBX 353 80 00

ORDEN DE MATERIALES E INSUMOS

Fecha: 09/07/2019 13:16      Ambito: AMBULATORIO      Admisión: 2889293      ORDEN EXT No. 10965801  
Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER      F. Nacimiento: 26/03/11      Edad: 60 a 3 m 11 d      Género: MASCULINO  
Pabellón:      Habitación:      Cama:  
APB: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD      Contrato: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quién Ejecuta	Modo de Pago
ESBITURA MECANICA PPH33 MM Cód.	1	Urgente	0	PARA CORRECCION DE PROLAPSO RECTAL		IMPRESS
Referencia: 0						

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
K023	IMPRESION DIAGNOSTICA	PROLAPSO RECTAL

Nelson A. Niño Puentes  
C.E. 100203138

FIRMA PROFESIONAL

Firma Paciente

Ordenado por: NIÑO PUENTES NELSON ANTONIO Registro Médico: 80203138

Dependencia: CENTRAL DE HOSPITALIZACIONES

07/09/2019

rptOrdenesSuministros.rpt



**AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD**

FECHA: 21/08/2019 HORA: 9:47:57 a. m. No. AUTORIZACION: 20198213696

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NOMBRE: SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE NIT Y/O CC: 899999017-4  
 DIRECCION: CALLE 10 NO. 18 - 75 TELEFONO: 3538000  
 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: BOGOTA

**DATOS DEL USUARIO**

TD: CC ID: 4943950 NOMBRE AFILIADO GOMEZ MEDINA ALEXANDER  
 EDAD: 50 SEXO: M TELEFONO 3112530120  
 TIPO DE AFILIADO: COTIZANTE SITIO ATENCION NEIVA PLAN: MAGISTERIO HUILA  
 IPS ASIGNADA:

CUPS	CANT.	SERVICIOS AUTORIZADOS
187602	1	CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VÍA PERINEAL

OBSERVACIONES: SE AUTORIZA SUTURA MECANICA PPH 33.MM PARA CORRECCION DE PROLAPSO RECTAL, SE RENUEDA ORDEN, RECOBRAR A MAGISTERIO

NOTA: LOS SERVICIOS AUTORIZADOS EN LA PRESENTE ORDEN DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS AL MOMENTO DE LA RADICACION DE LA CUENTA MEDICA Y LOS MISMOS ESTAN SUJETOS AL VISTO BUENO DE AUDITORIA MEDICA.  
 ORDEN VALIDA POR 30 DIAS

**PAGOS COMPARATIVOS**

Recaudo del prestador	Concepto	Vir en pesos	Porcentaje (%)	Vir máximo (Tope) en pesos
	Cuota moderadora			
	Copago			

**INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA**

Nombre quien Autoriza Dra JANETH CAMARGO No. de Telefono 8121559  
 Cargo COORDINADORA CRYC

Sociedad Clínica  
**EMCO SALUD**  
 Central de Referencia y Contrareferencia  
**AUTORIZADO**  
  
 YANIRA VANEGAS

Telefono Celular 3219068347

14 Agosto 2019  
 L-V.  
 Janeth Camargo  
 ELS.PAT: L.M.V.C

VALIDO POR 30 DIAS  
 FECHA: 21/09/2019



### AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 23/07/2019

HORA: 11:17:08 a. m.

No. AUTORIZACION: 20197233274

#### INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE

NIT Y/O CC: 899999017-4

DIRECCION: CALLE 10 NO. 18 - 75

TELEFONO: 3538000

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

#### DATOS DEL USUARIO

TD: CC ID: 4943950 NOMBRE AFILIADO GOMEZ MEDINA ALEXANDER

EDAD: 50 SEXO: M TELEFONO 3142152750

TIPO DE AFILIADO: COTIZANTE SITIO ATENCIÓN NEIVA PLAN: MAGISTERIO HUILA

IPS ASIGNADA:

CUPS	CANT.	SERVICIOS AUTORIZADOS
890226	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

OBSERVACIONES: RECOBRAR A MAGISTERIO

NOTA: LOS SERVICIOS AUTORIZADOS EN LA PRESENTE ORDEN DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS AL MOMENTO DE LA RADICACION DE LA CUENTA MEDICA Y LOS MISMOS ESTAN SUJETOS AL VISTO BUENO DE AUDITORIA MEDICA.  
ORDEN VALIDA POR 30 DIAS

#### PAGOS COMPARATIVOS

Recaudo del prestador	Concepto	Vir en pesos	Porcentaje (%)	Vir maximo (Tope) en pesos
	Cuota moderadora			
	Copago			

#### INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre quien Autoriza: Dra JANETH CAMARGO  
Cargo: COORDINADORA CRYC

No. de Telefono: 8121559

Telefono Celular: 3219068347

Sociedad Clínica  
**EMCO SALUD**  
Central de Referencia y Contrareferencia  
**AUTORIZADO**  
*Janeth Camargo*

YANIRA VANEGAS

ELB.FMT: LMVC

VALIDA POR 30 DIAS  
FECHA: 23 Agosto 2019.



**AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD**

FECHA: 23/07/2019

HORA: 11:19:47 a. m.

No. AUTORIZACION: 20197233275

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NOMBRE: SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE

NIT Y/O CC: 899999017-4

DIRECCION: CALLE 10 NO. 18 - 75

TELEFONO: 3538000

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

**DATOS DEL USUARIO**

ID: 4943950 NOMBRE AFILIADO GOMEZ MEDINA ALEXANDER

EDAD: 50 SEXO: M TELEFONO 3142152750

TIPO DE AFILIADO: COTIZANTE SITIO ATENCIÓN NEIVA PLAN: MAGISTERIO HUILA

IPS ASIGNADA:

CUPS CANT.

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

87602 1 CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VÍA PERINEAL

OBSERVACIONES: SE AUTORIZA SUTURA MECANICA PPH 33 MM, RECOBRAR A MAGISTERIO.

NOTA: LOS SERVICIOS AUTORIZADOS EN LA PRESENTE ORDEN DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS AL MOMENTO DE LA RADICACION DE LA CUENTA MEDICA Y LOS MISMOS ESTAN SUJETOS AL VISTO BUENO DE AUDITORIA MEDICA. ORDEN VALIDA POR 30 DIAS

**PAGOS COMPARATIVOS**

Recaudo del prestador	Concepto	Vir en pesos	Porcentaje (%)	Vir maximo (Tope) en pesos
	Cuota moderadora			
	Copago			

**INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA**

Nombre quien Autoriza Dra JANETH CAMARGO  
Cargo COORDINADORA CRYC

No. de Telefono 8121559

Telefono Celular 3219068347

Sociedad Clínica EMCO SALUD  
Central de Referencia y Contratación  
**AUTORIZADO**  
*Janeth Camargo*

YANIRA VANEGAS

ELB.FMT. LMVC

- 3112530120  
- 3142152750

VALIDO POR 30 DIAS  
FECHA: 23 Ago 19.



**SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE**  
**DEPARTAMENTO DE ANESTESIA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PREANESTÉSICO**

AH-FO-103

2:00 16

Fecha: 3 Agosto 2019

Yo Alexander Gomez Medina, nacido el 28 de 03 de 69, identificado con  C.C. No. 4 943 950 de Tello (Quila) en calidad de Paciente por la presente,

autorizo a los medicos anestesiologos del HOSPITAL DE SAN JOSE a realizar el acto anestésico adecuado para el procedimiento quirúrgico, declaro y certifico que he sido informado claramente por el (la) Dr. (Dra.) \_\_\_\_\_, he comprendido satisfactoriamente, la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, acerca de los riesgos, efectos secundarios y posibles complicaciones anestésicas y perioperatorias, tales como:

- Somnolencia
- Náuseas, Vómito
- Complicaciones de enfermedades preexistentes
- Edema pulmonar por presión negativa
- Globo Vesical, Estreñimiento
- Lesión dental, de labios, cornea
- Depresión Respiratoria
- Punción Vascular y flebitis
- Irritación Radicular, Irritación Meningea, convulsiones
- Lesión de cuerdas vocales, tráquea, bronquios, ranquera
- Sangrado Cordon Espinal, Bloqueo Subdural Alto, Hernación Cerebral (con HIC)
- Recuerdos intraoperatorios
- Reacciones medicamentosas
- Déficit Neurológico
- Neumolórax
- Dolor Local o Referido
- Cefalea Post Punción
- Infección Local o Meningea o Sepsis
- Quiste Epidérmico, Subaracnoideo, Aracnoiditis
- Neumonitis aspirativa
- Reaccion a Cuerpo Extraño
- Incontinencia de Esfínteres
- Arritmia, Infarto del miocardio, Paro Cardíaco
- Reacciones Dermatológicas, Exfoliativas y anafilaxia
- Muerte
- Trombosis o embolia cerebral
- Quemaduras
- Lesión de nervios periféricos
- Laringoespasmo, Broncoespasmo
- Hipertermia maligna
- Reacciones transfusionales
- Reacciones idiosincráticas

Por lo anterior, en forma consciente, libre, sin apremio o presión alguna, **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a los anestesiólogos del HOSPITAL DE SAN JOSE y al personal en entrenamiento a su cargo, a que se practique, la anestesia, la monitoria, los procedimientos invasivos y bloqueos requeridos, transfusiones, los tratamientos y los procedimientos adicionales y especiales que eventualmente se requieran y se consideren necesarios para mi recuperación y/o la recuperación de mi familiar.

Hago constar que entiendo que mi tratamiento y/o procedimientos puedan no dar resultados 100% satisfactorios; me ha sido dada la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi estado, técnica anestésica y sus alternativas, se me informó que puedo requerir hospitalización, monitoria y manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos en el posoperatorio.

Manifiesto que según mis conocimientos y capacidades he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes médicos, quirúrgicos, y ginecoobstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, medicamentos que tomo actualmente, así como alergias y consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas.

Tengo la suficiente información al dar mi consentimiento voluntariamente, por tanto asumo toda la responsabilidad que este consentimiento y autorización entrañan y me comprometo a seguir las indicaciones e instrucciones que se prescriban en el perioperatorio (ayuno, suspensión y/o administración de los medicamentos indicados por el anestesiólogo, suspender tabaquismo u otros tóxicos, reserva de sangre y derivados, llevar paraclínicos e imágenes el día quirúrgico, y demás recomendaciones relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico), entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud pueden verse afectadas. Se me ha informado que tengo derecho a rechazar el tratamiento y/o procedimiento y revocar este consentimiento cuando lo desee.

Solicito se respeten las siguientes condiciones: \_\_\_\_\_ (ninguna).  
 Certifico que esta hoja me ha sido completamente explicada, que la he leído o me la han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Catalina Vargas Ardiles  
 Medicina General  
 E.N.C.  
 C.M. 1072701522

Paciente o persona responsable legalmente  
 C.C. No. 4 943 950  
 Teléfono: 3112530120

Testigo  
 C.C. No.  
 Teléfono:

Dr. (Dra.) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Desisto de procedimiento y/o tratamiento médico.

Paciente o persona responsable legalmente  
 C.C.



Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER

**SERVICIOS REALIZADOS**

890202

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

**CANTIDAD**

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - ANTECEDENTES**

¿Alguna vez le han tratado de cáncer con quimioterapia o radioterapia? : NO

¿Es posible que este embarazada (aunque sea remotamente)? : NO

¿El último periodo menstrual comenzó (diarrea)? : Niega

¿Sus capacidades físicas limitan sus actividades diarias? : NO

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - PROBLEMAS CON LA ANESTESIA**

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia o la cirugía? (Ictusea, vómito intenso, hipertermia maligna, déficit de coagulación (usted o familiares)) : Niega

¿Usted se considera ansioso? : NO

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - VIA AEREA**

Tiene algún(s) diente(s): Fracturado o flojo : NO

Tiene algún(s) diente(s): Postizos, Empastes, Puentes : NO

Tiene problemas para apertura máxima de la boca : NO

¿Tiene dificultad para tragar, atragantamiento? : NO

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - OTROS ANTECEDENTES**

Enumere las enfermedades médicas no anotadas antes y los antecedentes familiares o grupos sanguíneos : PATOLOGICOS, LINFOMA NO HODGKIN

NIEGA ANTECEDENTES DE HIPERTERMIA MALIGNA

DISNEA : NIEGA

ANGINA : NIEGA

CLASE FUNCIONAL : I/IV

Comentarios : Preguntas para la enfermera o el anestesio : no

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - EXAMEN FISICO**

Peso (kg) : 73

Talla (cm) : 172

IMC : 24.68

Tª (mmhg) : 116/60

FC (lat/min) : 75

FR (respir/min) : 17

Macroglosia : NO

ATM : SUBLUXABLE

Apertura Oral (cm) : >4CM

Mallampati : II

DMH (cm)

Dentadura : NATURAL

Cuello : MOVIL, NO MASAS, CICATRIZ

Flexoextensión : CONSERVADA

DMT (cm) : >6CM

Ronca : SI

Buenos Acceso venoso : SI

Cardiovascular : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

Pulmonar : RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS

Neurologico : ALERTA, ORIENTADO, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PARES CRANIALES NORMALES, NO SIGNOS MENINGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, SIN ALTERACION

Extremidades y Columna vertebral : NO LESIONES, ADECUADA PERFUSION DISTAL

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - PARACLINICOS**

No requiere : NO

Otros : 16/07/19, PT 12.5/13, INR 1.05, PTT 23.4/30, HGB 15.3, HTO 48.5, PLT 22400, BUN 16, CREAT 1.12

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - ANALISIS DE RIESGOS**

Tipo de intervención : Programada

Categoría quirúrgica : Categoría quirúrgica A

ASA : II

Predicción de intubación : Fácil

Riesgo estimado de complicación : Bajo

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - RECOMENDACIONES PRE-ANESTESICAS**

Programar : SI

Reserva de Hemoderivados según protocolo : NO



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA  
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER  
Admisión: 2721830 Fecha de Ncto: 28/03/1969 Edad: 50 a 4 m. T. d Estado Civil: NO ESPECIFICADO Tel: 3112530120  
Dirección: Dirección Ubicación del Pcte:  
Ciudad: BOGOTA D.C. Barrio: BOGOTA Religión: NO APLICA  
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION Sexo: Masculino  
APBs: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD Tipo Vincula: Cotizante/Afiliado  
Sucursal: PRINCIPAL  
Contrato: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD

Fecha y Hora de atención:  
05/08/2019 1:56 p.m.

**ANESTESIA PRIMERA VEZ**

Tp Admisión: AMBULATORIO

Profesional: CABRERA NIÑO LILIANA PAOLA  
Hora Ingreso: 05/08/2019 1:05 p.m.

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

**CANTIDAD**

SERVICIOS REALIZADOS  
890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS 1

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - DATOS DE LA CONSULTA**

Intervención Programada: CORRECCION DE PROLAPSO CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL

Fecha de la cirugía:

Cirujano:

Ingresos previos: NO

Cardiologo?: NO

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - ANTECEDENTES**  
Escriba todas las intervenciones quirúrgicas con fechas de realización, tipo de anestesia y complicaciones: HERNIORRAFIA INGUINAL DERECHA BAGSO

VARICOCELE BAGSO

RESECCION GANGLIO CERVICAL BAGSO

Escriba cualquier alergia a Penicilina, Sulfas, Quimioterapia, Drogas, Doloriferos, Morfina, Medio de contraste (Iodado, Latex u Otro) (y su reacción a ellos)

Niega

Escriba todos los MEDICAMENTOS que ha tomado en el último año (incluyendo suplementos, FARMACOS, Inyecciones, Antidotos, hierbas medicinales, complementos dietéticos, vitaminas y aspirina). QUIMIOTERAPIA 6 SESIONES HACE 5 AÑOS

TE DE COCA, MARIHUANA

¿Ha tomado esteroides (prednisona o cortisona) en los últimos 2 años?: NO

¿Ha fumado alguna vez? (Cuantifique en paquetes/años): Niega

¿Todavía fuma?: No

¿Cuándo bebió alcohol por última vez?: Niega

¿Ha tenido alguna vez problemas con la bebida?: Niega

¿Consume drogas ilegales?: NO

¿Puede participar en deportes muy intensos, como la natación, tenis individual, el fútbol, baloncesto?: NO

¿Ha subido en las últimas 2 semanas 3 tramos de escaleras, o camino 6 manzanas sin detenerse?: NO

¿Ha tenido problemas cardiacos?: NO

¿Cuál? (es) (Color torácico, u opresión, ataques cardiacos, ECG anormal, palpitaciones, soplo sistólico, insuficiencia cardiaca, líquido en los pulmones): Niega

¿Necesita antibióticos antes de una intervención dental común?: NO

¿Tiene o ha tenido alguna vez hipertensión?: NO

¿Ha tenido algún problema pulmonar o torácico?: NO

¿Cuál? (es) (Dificultad para respirar, rinitis alérgica, enfisema, bronquitis, asma, tuberculosis, radiografía de tórax anormal): Niega

¿Esta todavía enfermo o tuvo recientemente (2 semanas) un catarro, fiebre, escalofrío, gripe o tos productiva?: NO

¿Tiene usted o alguien de su familia algún problema hemorrágico grave? (Hemorragia prolongada de la nariz, las encías, tras extracciones dentales o cirugía): NO

¿Ha tenido algún problema sanguíneo (anemia, leucemia, anemia falciforme, coágulos, transfusiones)? : NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Hígado, Cirrosis, hepatitis, paduismo, ictericia?: NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Riñón, cálculos, infecciones, insuficiencia y diálisis?: NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Aparato digestivo, pirosis frecuente, hernia de hiatal, úlcera de estómago, reflujo gastroesofágico?: NO

¿Ha tenido afecciones de la Espalda, cuello o mandíbula, ATM, artritis reumatoidea?: NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Tiroides, bocio, hipotiroidismo, suprarrenal, paratiroides?: NO

¿Ha perdido peso recientemente?: NO

¿Alguna vez le han dicho que tuviera diabetes?: NO

¿Se despierta para orinar más de una vez por la noche?: NO

¿Alguna vez ha tenido: Convulsiones, epilepsia o pérdidas de conciencia?: NO

¿Alguna vez ha tenido: accidentes cerebro vascular, debilidad en las piernas o brazos, dificultad para hablar?: NO

¿Alguna vez ha tenido: calambres en las piernas al caminar?: NO

¿Alguna vez ha tenido: problemas de audición, visión o memoria?: NO

Fecha y hora de impresión: 05/08/2019 02:07:50p.m.



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA  
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER

**SERVICIOS REALIZADOS**

**CANTIDAD**

890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - RECOMENDACIONES PRE-ANESTESICAS**

- Ayuno pre-quirurgico: Adulto
- UCI post-quirurgico: NO
- Monitoria invasiva: NO
- UCI intermedio: NO
- No usa Prótesis (Dental, Lentes de Contacto, Ocular, etc.): NO
- Hospitalización pre-quirurgica: NO
- Interconsulta: No
- Medicación: No
- Preparar corto de vía aérea difícil: NO
- Terapia Respiratoria previa: NO
- Manejo integral del dolor post-operatorio: NO
- Protección marcapasos: NO
- Profilaxis neumonitis aspirativa y TVP: NO

**ANESTESIA PRIMERA VEZ - PLAN DE MANEJO**

Plan de manejo: PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD ASA II, A QUIEN SE LE VA A REALIZAR CORRECCION DE PROLAPSO CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL. CATEGORIA QUIRURGICA A. EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR. CLASE FUNCIONAL MAYOR A 4 METS. SCORE DE LEE MODIFICADO MENOR A 1. RIESGO QUIRURGICO BAJO. PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES. NG PREDICTOR DE VIA AREA DIFICIL POR LO QUE SE DECIDE AUTORIZAR PROCEDIMIENTO CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES: SE AUTORIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. DEBE TENER AYUNO DE 8 HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS NATURALES, HOMEOPATICOS 8 DIAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO. RETIRAR ESMALTE, JOYAS EL DIA DEL PROCEDIMIENTO. NO TENER GRIPA EL DIA DEL PROCEDIMIENTO. ASISTIR EN COMPANIA DE UN ADULTO. SE EXPLICA TECNICA ANESTESICA, POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES ENTIENDE Y ACEPTA. SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SE ENTREGA A PACIENTE.

Signos de vida y recomendaciones generales. Se firma sobre el consentimiento informado y se dan recomendaciones generales.

Realizado por: CATALPIA YARGAS/ DRA CABRERA

**DIAGNOSTICOS CIE**

Código: K623 Nombre: PROLAPSO RECTAL  
 Tipo: CONFIRMADO REPETIDO Categoría: Diagnóstico Principal

**Diagnóstico Ampliado por Especialidad:**

Ampliación:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA  
 Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad del Procedimiento:

Dra. Liliana Cabrerá Niño  
 ANESTESIOLOGA - F.U.C.E.S.  
 C.C. 1.031.125.264

Profesional que clausura: CABRERA NIÑO LILIANA PAOLA

CC.1031125264 R.M. 1031125264

Profesional que elabora: CABRERA NIÑO LILIANA PAOLA CC.1031125264 R.M. 1031125264



Atencion con Calidad y Responsabilidad Social  
Calle 9 No 13-24 Tel: 8718241 - 8715784  
Neiva-Huila

## CONSULTA

### PACIENTE

**Nombre:** ALEXANDER GOMEZ MEDINA **Historia Clínica No:** 4943950  
**Género:** MASCULINO **Fecha de Nacimiento:** viernes, 28 de marzo de 1969 **Edad:** 50 Año(s) 9 Mes(es) 20 Dia(s)  
**Identificación:** Propiedad: PROPIA **Tipo:** CEDULA DE CIUDADANIA **Número:** 4943950  
**Residencia:** Dirección: CALLE 2B NUMERO 6 27 JULIO BAHAMON **Ciudad:** TELLO (HUILA) **Teléfono(s):** 3112530120, 3142152750  
**Seguridad Social:** Entidad: UNION TEMPORAL TOLIHUILA **Tipo de Afiliado:** COTIZANTE **Tipo de Usuario:** REGIMEN CONTRIBUTIVO **Plan:** CONTRIBUTIVO

**Fecha de Atención:** viernes, 17 de enero de 2020 a las 09:10  
**Sede de Atención:** UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBIANA - NEIVA (HUILA) - SEDE 1

### Medidas:

Peso	Talla	Superficie Corporal	Masa Corporal
75.00 Kgs	172 Cms	1.89 Mts <sup>2</sup>	25.35 SOBRE PESO

### Diagnóstico(s):

Código	Nombre	Ubicación	TNM
C836	LINFOMA NO HODGKIN INDIFERENCIADO (DIFUSO)		Estado: NA T: N: M:

### Índice(s):

No	Escala	Valor
1	KARNOFSKY	100%

### Signos Vitales:

Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Presión Arterial
72 ppm	16 rpm	36 °C	120/70 mm de Hg

## EVOLUCION Y TRATAMIENTO

### Historico del Paciente

DAGNOSTICO 1 LINFOMA NO HODGKIN DE ALTO GRADO MINIMO ESTADIO III- LINFOMA B DE CELULAS DEL MANTO VARIANTE PLEOMORFICA INMUNOFENOTIPO DE CELULAS TUMORALES POSITIVA PARA CD 20,PAX5,BCL2,CD43,CD5,CICLINAD1 Y NEGATIVIDAD PARA CD 10,BCL6-MUM-1,CD30 Y CD 3 KI 67 80% ACTIVIDAD MITOTICA 15 MITOSIS EN 10 CAMPOS

TTO CHOP X 2- R CHOP X 4  
12 CICLO DE MANTEMIENTO- MAYO 2016  
EN CONTROLES PERIODICOS

### Subjetivo

A CONTROL Y CLINICAMENTE HA ESTADO NE VALORACIONES POR ORTOPEDIA POR OMALGIA IRRADIADO A MSD

### Objetivo

CABEZA CUELLO NO ADENOPATIAS  
TORAX CP NORMAL AXILAS LIBRES  
ABDOMEN NO VISCEROMEGALIAS NO ADENOPATIAS INGUINALES  
EXTREMIDADES NO EDEMAS

### Analisis

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN DENOTAR ACTIVIDAD NEOPLASICA LINFOPROLIFERATIVA SEGUIRA SUS CONTROLES PERIODICOS

### Plan Tratamiento

SS CH LDH  
CONTROL 6 MESES

### Paradínicos

HEMOGRAMA:  
HB: HTO: LEU: LINF: MON: GRAN: PLAQUETAS:  
CH 10 DE ENERO 2020 BLANCOS 6200 NEUTROFILOS 59.8% HB 16.4 PLAQUETAS 308000 NEUTROFILOS 59.8%



Atencion con Calidad y Responsabilidad Social  
Calle 9 No 13-24 Tel: 8718241 - 8715784  
Neiva -Huila

# CONSULTA

## PACIENTE

<b>Nombre: ALEXANDER GOMEZ MEDINA</b>		<b>Historia Clínica No: 4943950</b>
<b>Género: MASCULINO</b>	<b>Fecha de Nacimiento: viernes, 28 de marzo de 1969</b>	<b>Edad: 50 Año(s) 9 Mes(es) 20 Día(s)</b>
<b>Identificación: Propiedad: PROPIA</b>	<b>Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>Número: 4943950</b>
<b>Residencia: Dirección: CALLE 2B NUMERO 6 27 JULIO BAHAMON</b>	<b>Ciudad: TELLO (HUILA)</b>	<b>Teléfono(s): 3112530120, 3142152750</b>
<b>Seguridad Social: Entidad: UNION TEMPORAL TOLIHUILA</b>	<b>Tipo de Afiliado: COTIZANTE</b>	<b>Tipo de Usuario: REGIMEN CONTRIBUTIVO</b>
		<b>Plan: CONTRIBUTIVO</b>

LDH 352 U L

*ERNESTO F. BENAVIDES*

**ERNESTO FEDERICO BENAVIDES LOPEZ**  
CC: 87430828 REG:6655  
HEMATO-ONCOLOGO