



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. 0503

Señores
FAMAC

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

Comedidamente 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.

	<small>Estado Plurinacional Consejo Superior de la Judicatura Ecuador</small>	DIRECCION ESPECIAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE NUEVA ORIGNA JUDICIAL.
FOLIOS	11 FEB 2023	HORA
Recibido por:		



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSE
Calle 10 N° 18 -75, PBX: 3538008 - 3538000

SOLICITUD SALA DE CIRUGIA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSE

Identificación: CC 4943950

Apellidos y Nombres: GOMEZ MEDINA ALEXANDER

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: SOCIEDAD 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:

ANESTESIOLOGOS:

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

Nelson A. Niño Puentes
Coloproctólogo
R.M. 80203136

NIÑO PUNTES NELSON
CC 80203136



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Paciente: CC 20114128 CAICEDO HERRERA MARIA DEL CARMEN
Admisión: 2689454 **Fecha de Ncto:** 16/02/1938 **Edad:** 81 a 4 m 23 **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Tel:** 3102484184
Dirección: CALLE 16SUR N°3-82 **Ubicación del Pcto:**
Ciudad: BOGOTÁ D.C. **Barrio:** BOGOTÁ **Rol/iglón:** NO APL/CA
Ocupación: 08-PENSIONADO **Sexo:** Femenino
APB: MEDIMAS EPS S.A.S **Tipo Vincula:** Colizante/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
B90202 CONSULTA DE PRIMEHA VEZ POR 01HAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1

CONTROL - DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de consulta : CONTROL

Enfermedad Actual : PACIENTE DE 80 AÑOS EN POP DE SIGMOIDECTOMIA + COLOSTOMIA DEL 11/08/18. PACIENTE EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA. EN QUIEN SE CONSIDERA CANDIDATA PARA CIERRE DE COLOSTOMIA PROGRAMADA 11/10/19, CONSULTAN EL DÍA 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 : NORMOCEFALO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS

Cardiopulmonar : TORAX SIMETRICO

Abdomen : Blando DEPRESIBLE COLOSTOMIA FUNCIONANTE

Examen urogenital :

Glándulas : EUTROFICAS SIN EDEMAS

Urgido :

Piel y anexos :

Osteomuscular :

CONTROL - ANALISIS

Análisis : PACIENTE DE 80 AÑOS EN POP DE SIGMOIDECTOMIA + COLOSTOMIA DEL 11/08/18. PACIENTE EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA. EN QUIEN SE CONSIDERA CANDIDATA PARA CIERRE DE COLOSTOMIA PROGRAMADA 11/10/19, CONSULTAN EL DÍA 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

Fecha y hora de Impresión: 09/07/2019 01:18:00p.m.

rptConsultaHCSingCpáurn.rpt

Página 1 de 6

10

 SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSE <small>Fundación</small>	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE MANIFESTA DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRÁCTICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ANESTESIA, METODOS DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS. (Otorgado en cumplimiento a la Ley 23 DE 1981)
GOMEZ MEDINA ALEXANDER	CC 4943930
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 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, objetivos, 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 mas 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 ó 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 PUENTES NELSON ANTONIO	Registro Médico CC 80203136
---	--------------------------------

NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO

COD: 04891H



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 76
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: CC 20114128 CAICEDO HERRERA MARIA DEL CARMEN

ORDENES GENERADAS

ELEMENTOS

Nombre	Indicadores		Cantidad
BOLSA DRENABLE COLOSTOMIA 45MM		30,00	Urgente
BARRERA MOLDEABLE CONVEXA DE 49 MM		30,00	Urgente
PASTA STOMAHESIVE TUBO		8,00	Urgente
FIXOMULL (1 CAJA)		1,00	Urgente

SERVICIOS

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

NELSON A. NIÑO FUENTES
CIRUJANO GENERAL
CALLE 10 N. 18-76

Profesional que elabora: NIÑO FUENTES NELSON ANTONIO

CC 80203136 R.M. 80203136

Profesional que elabora: NIÑO FUENTES NELSON ANTONIO CC 80203136 R.M. 80203136

12



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899988017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MATERIALES E INSUMOS

Fecha: 09/07/2019 13:16 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 2689293 ORDEN EXT No. 10965801
Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER F. Nacimiento: 26/03/71 Edad: 60 a 3 m 11 d Género: MASCULINO
Pabellón: Habitación: Cama:
APB: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD Contrato: SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Auto/ajación	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta	No.IMPRES
ES SUTURA MECANICA PPH33 MM Csd. Referencia: 0	1	Urgente	D	PARA CORRECCION DE PROLAPSO RECTAL		

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
K023	IMPRESION DIAGNOSTICA	PROLAPSO RECTAL

Nelson A. Niño Puentes
C.C. 4943950
FIRMA PROFESIONAL

Firma Paciente

Ordenado por: NIÑO PUNTES NELSON ANTONIO Registro Médico: 80203130

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
487602	1	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL

OBSERVACIONES: SE AUTORIZA SUTURA MECANICA PPH 33.MM PARA CORRECCION DE PROLAPSO RECTAL, SE RENUOVA 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	Vlr en pesos	Porcentaje (%)	Vlr 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 No. de Telefono 8121559
 Cargo COORDINADORA CRYC

Sociedad Clínica
SALUD
 Central de Referencia y Contrareferencia
AUTORIZADO

 YANIRA VANEGAS

14 Agosto/2019
 14 Feb/20
 L-V.
 Jem-3PM
 ELS.PAT: L.I.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
R90226	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 No. de Telefono 8121559
Cargo COORDINADORA CRYC

Sociedad Clínica EMCO SALUD
Central de Referencia y Contrareferencia
AUTORIZADO
Telefono Celular 3219068347

Janeth Camargo

YANIRA VANEGAS

ELB.FMT: LMVC

VALIDA POR 30 DIAS
FECHA: 23 Ago 19.



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 No. de Telefono 8121559
Cargo COORDINADORA CRYC

Telefono Celular 3219068347

Sociedad Clínica EMCO SALUD
Central de Referencia y Contrareferencia
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 / 03 / 69, identificado con T.I.C.E.
 No. 4943950 de Tello (Quila) en calidad de Paciente por la presente,

autorizo a los medicos anestesiólogos 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, córnea
- Depresión Respiratoria
- Punción Vascular y flebitis
- Irritación Radicular, Irritación Meningea, convulsiones
- Lesión de cuerdas vocales, tráquea bronquios, rónquera
- Sangrado Cordon Espinal, Bloqueo Subdural Alto, Hernación Cerebral (con HIC)
- Recuerdos intraoperatorios
- Reacciones medicamentosas
- Déficit Neurológico
- Neumotórax
- Dolor Local o Referido
- Cefalea Post Punción
- Infección Local o Meningea o Sepsis
- Quiste Epidérmico Subaracnoideo, Aracnoiditis
- Neumonitis aspirativa
- Reacción a Cuerpo Extranño
- 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 pueden 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 Ardila
 Medicina General
 F.I.C.
 C.M. 16727015

Paciente o persona responsable legalmente
 C.C. No. 4943950
 Teléfono: 3112530120

Testigo
 C.C. No.
 Teléfono:

Dr. (Dra.) _____

Fecha: _____ Desisto de procedimiento y/o tratamiento médico.

Paciente o persona responsable legalmente
 C.C.



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER

SERVICIOS REALIZADOS

890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

CANTIDAD

1

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 (día/mes/año)? : 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? (Tusea, vómito intenso, hipertensión 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

Escriba las enfermedades medicas no anotadas antes y los antecedentes Familiares y otros importantes : PATOLOGICOS: LINFOMA Y HODGKIN

NIEGA ANTECEDENTES DE HIPERTERMIA MALIGNA

DISNEA : NIEGA

ANGINA : NIEGA

CRASE FUNCIONAL : IV

Comentarios: Preguntas para la enfermera o el anestesiólogo

ANESTESIA PRIMERA VEZ - EXAMEN FISICO

Peso (kg) : 75

Talla (cm) : 172

IMC : 24.68

TA (mmHg) : 110/60

FC (por min) : 75

FR (respiración) : 17

Macroglosia : NO

ATM : SUBLUXABLE

Apertura Oral (cm) : >4CM

Mallampati : II

DMH (cm) :

Dentadura : NATURAL

Cuello : MOVIL, NO MASAS, CICATRIZ

Flexión/extension : CONSERVADA

DMT (cm) : >6CM

Ronca : SI

Buenos Acceso venoso : SI

Cardiovascular : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

Pulmonar : RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS

Neurológico : 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 1.06, PTT 23.4/30, HbG 15.3, HTO 48.5, PLT 22400, BUN 16, CREAT 1.12

ANESTESIA PRIMERA VEZ - ANÁLISIS 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

Fecha y hora de impresión : 05/08/2019 02:07:52p.m

rptConsultarHCSingColumn.rpt

Página 2 de 3



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 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER
Admisión: 2721830 **Fecha de Ncto:** 28/03/1969 **Edad:** 50 a 4 m T o **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

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

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tp Admisión: AMBULATORIO

SERVICIOS REALIZADOS
890202

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

CANTIDAD

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

VARICOCELE BAGSC

RESECCION CANAL CERVICAL BAGSC

Escriba cualquier alergia a Penicilina, Sulfas, Carbopinas, Anfotericina B, Fentanilo, Morfina, Naloxona, Propofol, Tardal, Latex y Otros (y su reacción a ellos)

Niega

Escriba todos los MEDICAMENTOS que ha tomado en el último año (incluyendo vitaminas y aspirina): QUIMIOTERAPIA 6 SESIONES HACE 5 AÑOS

TE DE COCA, MARIHUANA

¿Ha tomado esteroides (prednisolona 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 fiebre?: 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 cardíacos?: NO

¿Cuál? (es) (Dolor torácico, u opresión, ataques cardíacos, ECG anormal, palpitaciones, soplo sistólico, insuficiencia cardíaca, 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, gripa 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, leucopenia, anemia falciforme, coagulos, transfusiones): NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Hígado, Cirrosis, hepatitis, padismo, 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 vasculares, 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.

rptConsultarHCSingColumn.rpt



SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: CC 4943950 GOMEZ MEDINA ALEXANDER

SERVICIOS REALIZADOS	CANTIDAD
690202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1

ANESTESIA PRIMERA VEZ - RECOMENDACIONES PRE-ANESTESICAS

- Ayuno pre-quirurgico: Adulto
- UCI post-quirurgico: NO
- Monitoria invasiva: NO
- UCI intermedio: NC
- No usa Prótesis (Dental, Lentes de Contacto, Ocular, etc.): NO
- Hospitalización pre-quirurgica: NO
- Interconsulta: No
- Medicación: No
- Preparar corto de via 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 ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, CLASE FUNCIONAL MAYOR A 4 METS, SCORE DE LEE MODIFICADO MENOR A 1. RIESGO QUIRURGICO BAJO, PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES; NO 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 alarma y recomendaciones generales: Se anexa carta de consentimiento informado y se dan recomendaciones generales.

Realizado por: CATALINA VARGAS/ DRA CABRERA

DIAGNOSTICOS CIE

Código: K82.3	Nombre: PROLAPSO RECTAL	
Tipo: CONFIRMADO REPETIDO	Categoría: Diagnóstico Principal	
Diagnóstico Ampliado por Especialidad:		
Ampliación:		
Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL	

Dr. Liliana Cabrera N.
Anestesióloga - FUCVH
C.R. 1031125264

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

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



Atención 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 Día(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 ²	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

Nombre: ALEXANDER GOMEZ MEDINA		<i>Historia Clínica No:</i> 4943950
Género: MASCULINO	Fecha de Nacimiento: viernes, 28 de marzo de 1969	Edad: 50 Año(s) 9 Mes(es) 20 Día(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

LDH 352 U L

ERNESTO F. BENAVIDES

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