



REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO JUDICIAL DE PASTO

EL PRESENTE LISTADO SE PUBLICA EN  
TRASLADOS ELECTRÓNICOS  
En: [www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co) JUZGADOS DE FAMILIA

HOY 15 DE AGOSTO DE 2023  
SE FIJA EN LISTA EL SIGUIENTE TRASLADO

No.	RADICACION	CLASE PROCESO	FECHA AUTO y/o ACTUACION	TRASLADO	TÉRMINO DEL TRASLADO	INICIA	TERMINA
1	2021-00004	liquidación sociedad conyugal	14 de agosto de 2023	Traslado objeciones (Se anexa)	3 días Art. 129 y 110 C.G.P	16/08/2023 a las 8:00am	18/08/2023 a las 5:00 pm
2	2021-00155	impugnación de paternidad	14 de agosto de 2023	Traslado de Pruebas (Se anexan)	3 días Art. 110 C.G.P	16/08/2023 a las 8:00am	18/08/2023 a las 5:00 pm

**Nota:**

- Si el documento del que se corre traslado contiene información **RESERVADA**, favor solicitarlo al correo electrónico del Juzgado: [j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)
- Favor **REMITIR** el respectivo pronunciamiento al correo electrónico del Juzgado: [j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)

KAROL JOHANA RODRIGUEZ ORTEGA  
SECRETARIA

## Pronunciamento trabajo de partición

paola navarro <panr18@gmail.com>

Lun 17/07/2023 10:45 AM

Para: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto

<j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co>; julioarteaga40@hotmail.com <julioarteaga40@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (82 KB)

PRONUNCIAMIENTO TRABAJO DE PARTICION DR. JULIO CESAR ARTEAGA JACOME.pdf;

Juan de Pasto, julio de 2.023

Doctora

**MERCEDES VICTORIA ORTIZ NARVAEZ**

JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE PASTO

E. S. D.

REFERENCIA: **PRONUNCIAMIENTO TRASLADO TRABAJO PARTICIÓN**

PROCESO.: **LIQUIDACIÓN DE SOCIEDAD CONYUGAL. 2021-004**

DEMANDANTE: **MARÍA CONSUELO BENAVIDES VALENCIA**

DEMANDADA: **OSCAR GIOVANNI MORENO CRUZ**

**PAOLA ANDREA NAVARRO RODRIGUEZ**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Pasto, abogada en ejercicio, identificada con C.C. No. 1.086.222.657 expedida en Tangua, portadora de la Tarjeta Profesional No. 265.191 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de la demandante, con el respeto debido me dirijo a Usted, con el fin objetar el trabajo de partición presentado por parte del liquidador JULIO CÉSAR ARTEAGA JACOME, anexo escrito en archivo formato pdf. en dos páginas.

--

**PAOLA ANDREA NAVARRO RODRÍGUEZ**

**ABOGADA-ESPECIALISTA**

Carrera 26 No. 18A -06 Oficina 402, Edificio Loana, Pasto-Nariño

3173576791



Juan de Pasto, julio de 2.023

Doctora

**MERCEDES VICTORIA ORTIZ NARVAEZ**

JUEZ PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRUITO DE PASTO

E. S. D.

REFERENCIA: **PRONUNCIAMIENTO TRASLADO TRABAJO PARTICIÓN**  
PROCESO.: **LIQUIDACIÓN DE SOCIEDAD CONYUGAL. 2021-004**  
DEMANDANTE: **MARÍA CONSUELO BENAVIDES VALENCIA**  
DEMANDADA: **OSCAR GIOVANNI MORENO CRUZ**

**PAOLA ANDREA NAVARRO RODRIGUEZ**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Pasto, abogada en ejercicio, identificada con C.C. No. 1.086.222.657 expedida en Tangua, portadora de la Tarjeta Profesional No. 265.191 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de la demandante, con el respeto debido me dirijo a Usted, con el fin objetar el trabajo de partición presentado por parte del liquidador JULIO CESAR ARTEAGA JACOME, con base en lo siguiente.

### **Sustento de la objeción**

Dentro del trabajo de partición realizado, existen diversos errores numéricos y de derecho, que deben ser subsanados, con el fin de evitar conflictos futuros, los cuales paso a relacionar:

1. En la relación de activos, en la partida cuarta, se relaciona un taxi marca HYUNDAI de placas AUT 473, MODELO 2007, COLOR PLATA MICA, MOTOR g4EE6H076662, No. de serie KMHCM14AP7U119043, CHASIS KMHCM14AP7U119043, de servicio particular. No obstante, las características mencionadas corresponden a un vehículo particular tipo automóvil, debiendo corregirse.
2. En la partida segunda de las recompensas se relaciona como avalúo del crédito del Banco Mundo Mujer pagadas por mi prohijada la suma de (\$2.292.326.03) cuando en realidad obedece a la suma de (\$2.292.326.05).
3. En la partida cuarta de recompensas se cercena el contenido de la misma no incluir la suma de \$26.567.944, debiendo adicionarse, toda vez que la sumatoria de todos los conceptos ahí señalados, dividido entre dos, es el resultado del avalúo de la partida = \$30.454.790
4. En el numeral segundo del trabajo de partición, se relacionan las partidas correspondientes a las recompensas, sin embargo, con posterioridad se manifiesta que el valor total de la recompensa en favor de mi prohijada es la suma de (\$99.912.393.0,3), incurriendo en error el señor partidor, puesto que mi prohijada tiene derecho a las siguientes recompensas:



RECOMPENSA	AVALUO
Partida 1	\$ 80.000.000,00
Partida 2	\$ 2.292.326,03
Partida 3	\$ 1.665.277,00
Partida 4	\$ 30.454.790,00
Partida 5	\$ 114.412.393,03
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>\$ 114.412.393,03</b>

Situación que se confirma así: Valor total de recompensas=\$128.912.393,03 - 14.500.000 correspondiente al señor Oscar Moreno como única recompensa a su favor= \$114.412.393,03, que corresponden a mi cliente.

5. En el numeral cuarto, denominado “**ASUNCÓN DEL PASIVO DE LA SOCIEDAD PATRIMONIAL**”, se tiene que el mismo asciende a la suma de \$180.052.033,23, sin embargo, en contravía a lo preceptuado en el numeral 4 del artículo 508 del Código General del Proceso, que señala que para el pago de los créditos insolutos relacionados en el inventario, se formará una hijuela suficiente para cubrir las deudas, que deberá adjudicarse a los herederos en común, o a estos y al cónyuge o compañero permanente si dichos créditos fueren de la sociedad conyugal o patrimonial, salvo que todos convengan en que la adjudicación de la hijuela se haga en forma distinta. Sin embargo, en el caso bajo examen, mi cliente no ha convenido responsabilizarse al 100% del pasivo social. Máxime, cuando el 50% del inmueble que le fuese adjudicado para el pago del pasivo, se encuentra embargado y secuestrado con ocasión del proceso ordinario laboral, propuesto en contra del señor OSCAR MORENO, que cursa ante el juzgado tercero laboral del circuito de Pasto, bajo el radicado No. 2014-338.

Respecto a la adjudicación para el pago de gananciales y recompensas no hay oposición.

Con base en lo anterior, dejo solícito a así señoría, se ordene al partidor, efectuar las correcciones antes mencionadas, presentando un nuevo trabajo ajustado a lo que en derecho corresponde que no es más que lo aquí mencionado.

Sin otro en particular,

Atentamente,

  
**PAOLA ANDREA NAVARRO RODRÍGUEZ**  
C.C. No. 1.086.222.657 de Tangua  
T.P. No. 265.191 del C.S. de la J.

## objeción proceso 2021-0004

Jairo Cadena <jairocadenam@gmail.com>

Lun 17/07/2023 3:09 PM

Para: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (86 KB)

OBJECIÓN INVENTARIOS Y AVALÚOS PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE SOCIEDAD CONYUGAL NÚMERO 2021- 00004-00.- JUNIO 2023.pdf;

--

**JAIRO I. CADENA MALTHE**

**ABOGADO**

Carrera 24 # 17-75, Edificio Concasa oficina 609., san Juan de Pasto.

Teléfono 7227002 Celular: 301 270 5149 e-mail: [jairocadenam@gmail.com](mailto:jairocadenam@gmail.com)

Señora

**JUEZA PRIMERA DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE PASTO.-**

Presente.-

**REF:** OBJECIÓN INVENTARIOS Y AVALÚOS PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE SOCIEDAD CONYUGAL NÚMERO 2021- 00004-00.-

**JAIRO ISAIAS CADENA MALTHE**, mayor de edad y de este vecindario, identificado con la cedula de ciudadanía número 1.085.291.071 de Pasto, abogado en ejercicio con tarjeta profesional número 287.596 del C. S. de la J , en ejercicio del poder a mí conferido por parte del señor OSCAR GEOVANNY MORENO RUIZ, de motas conocidas dentro del proceso de la referencia, actuando en representación de sus derechos, por medio del presente escrito, con el debido respeto, presento OBJECIÓN AL TRABAJO DE PARTICIÓN, radicado al interior del proceso de la referencia, teniendo en cuenta los siguientes argumentos de índole sustancia y procesal:

La profesional en Derecho, actuando como apoderada de la parte demandante y como partidora establece en primer término la distribución sobre el cual se presenta la siguiente

### **OBJECIÓN.**

1.- Respecto de la distribución de las hijuelas, respetuosamente solicito se re confeccione toda vez que no resulta clara la adjudicación en comunidad que se realiza al señor OSCAR GEOVANNY MORENO RUIZ, toda vez que entrega en comunidad los valores inventariados, en valores porcentuales, sobre los cuales no se cumplen las reglas previstas para la distribución de activos. No se tuvo en cuenta la sugerencia presentada por el suscrito en atención a las reglas das por la normatividad civil ya que la distribución en dicha forma transgrede los derechos esenciales de distribución de activos, como se ha referido insistentemente, una distribución equitativa tanto desde el activo como de los frutos que podrán percibirse por cada uno de los activos, la viabilidad que se debe presentar es la venta social de todos los activos dado que el factor de comercialización se deberá tener en cuenta para verificar una real distribución equitativa, de igual manera se podrá optar por la adjudicación en porcentajes para tener una comunidad en común y pro indiviso.

Las distribución de activos como se realiza podrá transgredir derechos de los socios conyugales, no se tuvo en cuenta el deseo del señor OSCAR GEOVANNY MORENO RUIZ, pues éste desea lograr tener adjudicación de algunos de los bienes que se le adjudica a la demandante, teniendo en cuenta que los activos distribuidos a la parte activa , tiene un valor de comercialización mayor, dado que percibe mejor proyección de valorización, venta y frutos, estas circunstancias lo hacen desmejorar frente a la distribución de los demás activos.

Como se ha referido insistentemente, se sugiere que la confección de inventarios se realice en atencional artículo 509 numeral 3. Del código General del Proceso.

*“...3. Cuando existan especies que no admitan división o cuya división la haga desmerecer, se hará la adjudicación en común y pro indiviso....”*

Por lo anteriormente expuesto, solicito se tengan en cuenta las objeciones para que sean resueltas tal y como lo establece el artículo 509 y demás normas concordantes del Código General del Proceso y garantizar los derechos de los ex compañeros.

Lo referido y como se reiteró obedece reglas procesales de estricto cumplimiento previsiones contempladas por el artículo 508 del código General del Proceso que prevé:

*“...En su trabajo el partido se sujetará a las siguientes reglas, además de las que el Código Civil consagra:*

*1. Podrá pedir a los herederos, al cónyuge o compañero permanente las instrucciones que juzgue necesarias a fin de hacer las adjudicaciones de conformidad con ellos, en todo lo que estuvieren de acuerdo, o de conciliar en lo posible sus pretensiones...”*

La objeción se presenta tiene la finalidad de lograr obtener una venta del patrimonio social para lograr cubrir con todos los pasivos y sucedáneo a ello una distribución del dinero que efectivamente satisfaga los intereses de las partes, así mismo se podrá adjudicar en común y pro indiviso a prorrata de los porcentajes que se asignó en inventarios y avalúos.

Sin otro en Particular, nos suscribimos Ante Usted, atentamente,



**JAIRO ISAÍAS CADENA MALTHE.-**

C.C. Nro. 1.085.291.071 de Pasto.

T.P. 287.596 del C.S de la J

**Correo electrónico:** jairocadenam@gmail.com

Firma avalada por el suscrito conforme lo establece el inciso 2° del artículo 2° del decreto 806 del 2020.-

RESPUESTA SOLICITUD ASUNTO F395 - 2021-0155

JOSE GABRIEL MESIAS ROSERO <jmesiasr@hosdenar.gov.co>

Lun 17/07/2023 9:12 AM

Para: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (198 KB)

JUR HC - MILTON ENRIQUE CASTILLO ROSERO.pdf;

San Juan de Pasto, 17 de julio de 2023

Señores

**JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO JUDICIAL**

Pasto (N)

Cordial saludo.

Después de revisar y analizar su petición dentro del marco jurídico aplicable a la materia, es dable anotar que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Sin embargo, siendo que su requerimiento se realiza en conformidad a la normatividad vigente se puede colegir que en el presente caso es pertinente hacer entrega de esta información sin irrumpir en la regulación legal y reglamentaria en materia de Tratamiento de datos personales toda vez que se configura una de las causales de excepción en esta materia.

Por lo anterior me sirvo aportar historia clínica del señor **MILTON ENRIQUE CASTILLO ROSERO en (1) folio.**

Muchas gracias.

—

Atentamente,

**JOSÉ GABRIEL MESÍAS ROSERO**

Oficina Asesora Jurídica

Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Tel. (602) 7333400 Ext. 167

***¿Le puedo ayudar en algo más?***

**¡Trabajamos por mi Nariño, tu Salud, nuestro compromiso!**



## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 98395553      Numero de carpeta: 254369  
 Nombre del paciente: MILTON ENRIQUE CASTILLO ROSERO  
 Fecha de Nacimiento: 15/11/1978 12:00:00 a. m.      Edad Actual 44 Años / 7 Meses / 28 Días      Sexo Masculino  
 Direccion: VILLA FLOR I CRA 7E 21D-48      Telefono: 3168779947-UNICO  
 Entidad: PARTICULARES      REGIMEN Particular

## DATOS DE LA ATENCION

Edad al momento de la atención: 44 Años / 6 Meses / 20 Días  
 Ingreso 1248467      Fecha Ingreso 6/06/2023 9:02:26 a. m.      Fecha Evolucion: 6/06/2023 10:41:33 a. m.  
 Cama      Servicio 731111 - CONSULTA ESPECIAL NEUROCIRUGÍA  
 Entidad PARTICULARES

**ACTIVIDAD A REALIZAR :** ATENCION INICIAL

### SUBJETIVO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRAUMA CRANEONCEFALICO, REQUIRIO TTO QUIRURGICO Y COLOCACION DE MALLA DE TITANIO-RECIBETTO CON FENITOINA

### EXAMEN FISICO

PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, AMBULANDO, NO FOCALIZACION MOTORA, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA

Peso 91      Kg      Talla 170      Cms      IMC 31,49      T° 36      FC 78      FR 16      T/A 130 / 80

INTERPRETACION DE PARACLINICOS      AISLAMIENTO NINGUNO      ESCALA DE DOLOR 2- DOLOR LEVE

## DIAGNOSTICOS

Código	Descripción	Tipo	Clase Diagnostico	Principal
S069	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO (TRAUMA CRANEO ENCEFALICO)	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	<input checked="" type="checkbox"/> Foli

Observación:

### ANALISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRAUMA CRANEONCEFALICO, RECIBE TTO CON FENITOINA

### PLAN DE TRATAMIENTO

SE SOLICITA TAC CEREBRAL SIMPLE - CONTROL CON EXAMEN - EEG

### Procedimientos No Quirúrgicos

Nombre	Observaciones	Cantidad
890373 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	CONTROL CON EXAMENES EN UN MES	1



Medico T : PORFIRIO ESAIN MUÑOZ BERMEO

Reg. Profesional: 763

Esp. NEUROCIRUGIA

M.T

False

**RV: Respuesta requerimiento 125926**

Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto &lt;jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co&gt;

Jue 6/07/2023 10:36 AM

Para: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto &lt;j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

📎 1 archivos adjuntos (155 KB)

req 125926-23.pdf;

llego correo tutelas

Atentamente,

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA  
DEL CIRCUITO DE PASTO**Karol Johana Rodríguez Ortega**  
**Secretaria**

jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co

Tel. (+57) 723 7900

Palacio de Justicia Calle 19 # 23 - 00

Piso 5. Oficina 508

Pasto – Nariño – Colombia

[www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co)

Se solicita confirmar el recibo de esta comunicación.

En todo caso, y a falta de dicha confirmación, se advierte que se presume la recepción del presente mensaje, de conformidad con lo dispuesto en los Arts. 20, 21 y 22 de la Ley 527 del 18 de Agosto de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

**Correo Electrónico para NOTIFICACIONES y RESPUESTAS en TUTELAS e INCIDENTES DE DESACATO:**

jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co

**PRUEBA ELECTRÓNICA:** Al recibir el acuse de recibo con destino a este Despacho, se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999).

La presente notificación se surte mediante éste medio en virtud a lo dispuesto en el Art. 103 del C.G.P. – Uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones - con el fin de facilitar y agilizar el acceso a la justicia, así como ampliar su cobertura, como también en virtud al Art. 16 del Decreto 2591 de 1991 y al Art. 5º del Decreto 306 de 1992.

---

**De:** Javier Andres Perez Romo <javperez@keralty.com>**Enviado:** viernes, 30 de junio de 2023 5:31 p. m.**Para:** Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co>**Asunto:** Respuesta requerimiento 125926

Cordial saludo

Remito respuesta

Cordialmente

**Javier Andrés Pérez Romo**

Abogado

Requerimientos Entes de Control  
Vicepresidencia Jurídica



Teléfono 6466060 extensión 5711135  
Calle 100 N° 11 B 67 P. 3  
Bogotá -Colombia

**MEDIO AMBIENTE:** ¿Necesita realmente imprimir este correo? **CONFIDENCIALIDAD:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.

Bogotá D.C. junio de 2023

REQ 125626

Doctora

Karol Johana Rodríguez Ortega

Secretaria

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA CIRCUITO JUDICIAL DE PASTO

[jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co](mailto:jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co)

**Referencia:** Respuesta SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

En atención al requerimiento de la referencia, a través del cual le solicita a Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S. "...se allegue a este correo por cuenta del proceso de la referencia HISTORIAS CLINICAS, de las partes dentro del presente asunto "de los usuarios MILTON ENRIQUE CASTILLO ROSERO C.C No. 98.395.553 y JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES C.C No 27.082.987, me permito informar:

Conforme se indica en su solicitud, se requiere a EPS Sanitas con miras a que remita la historia clínica de las atenciones recibidas, no obstante, es preciso destacar que es la IPS que prestó el servicio quien tiene la custodia de la historia clínica, al ser ésta quien prestó el servicio de salud. Lo anterior, de acuerdo al artículo 13 de la Resolución 1995 de 1999, el cual estableció:

*"...la custodia de la historia clínica **estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención**, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes." (negrilla y sublínea fuera de texto).*

Al respecto, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 de 2018 señaló:

*"En relación con su organización y manejo se determinó que "(t)odos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico". La retención y conservación se estableció por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención, término que, posteriormente, se disminuyó a 15 años. Particularmente, **respecto a la custodia, se determinó que esta es una obligación a cargo del prestador del servicio de salud que generó la historia clínica**, entidad que "podrá entregar copia (...) al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite". (negrilla fuera del texto)*

En tal sentido, la obligación de custodiar la historia clínica, que implica efectuar la entrega de la misma con el cumplimiento de los requisitos legales, es de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. Lo anterior, dado que además en este evento la IPS adquiere la calidad de garante respecto de la información, al

respecto, la Corte Constitucional en Sentencia T-212 de 2015 se señaló que:

*“(...) existe un deber constitucional de administrar correctamente y de proteger los archivos y bases de datos que contengan información personal o socialmente relevante.” El cual se deriva de la prohibición de “(...) impedir sin justa causa el goce efectivo de los derechos fundamentales o de tornar imposible dicho goce. Por tanto, si determinada información resulta decisiva para una persona, quien administra o custodia un archivo o una base de datos, adquiere la calidad de garante de dicha información.” (subrayado fuera del texto).*

Por lo tanto, es la IPS que prestó el servicio: (i) quien cuenta con dicho documento y (ii) la llamada a atender su solicitud. Por lo que, es preciso que el requerimiento en asunto se remita al mencionado prestador.

Conforme a lo descrito damos respuesta al requerimiento, y quedamos atentos a cualquier solicitud adicional.

Cordialmente,



**JOSE LUIS IRIARTE DÍAZ**

Representante Legal para Asuntos Judiciales

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S.

Elaboró: Javier Andrés Pérez Romo Abogado Entes de Control

## RV: F394 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co>

Mié 26/07/2023 2:18 PM

Para: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 2 archivos adjuntos (445 KB)

RESUMEN MEDICO JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.pdf; ECOGRAFIA JACKELINE BENAVIDES 2017.pdf;

LLEGO POR ERROR AL CORREO TUTELAS

Atentamente,

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA  
DEL CIRCUITO DE PASTO



**Karol Johana Rodríguez Ortega**

**Secretaria**

jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co

Tel. (+57) 723 7900

Palacio de Justicia Calle 19 # 23 - 00

Piso 5. Oficina 508

Pasto – Nariño – Colombia

[www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co)

Se solicita confirmar el recibo de esta comunicación.

En todo caso, y a falta de dicha confirmación, se advierte que se presume la recepción del presente mensaje, de conformidad con lo dispuesto en los Arts. 20, 21 y 22 de la Ley 527 del 18 de Agosto de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

**Correo Electrónico para NOTIFICACIONES y RESPUESTAS en TUTELAS e INCIDENTES DE DESACATO:**

jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co

**PRUEBA ELECTRÓNICA:** Al recibir el acuse de recibo con destino a este Despacho, se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999).

La presente notificación se surte mediante éste medio en virtud a lo dispuesto en el Art. 103 del C.G.P. – Uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones - con el fin de facilitar y agilizar el acceso a la justicia, así como ampliar su cobertura, como también en virtud al Art. 16 del Decreto 2591 de 1991 y al Art. 5º del Decreto 306 de 1992.

---

**De:** Miguel Saffon Cuartas <msaffon@novafem.com.co>

**Enviado:** martes, 25 de julio de 2023 3:30 p. m.

**Para:** Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co>

**Asunto:** F394 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

Buen día

dando respuesta a F394 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

Adjunto Historia clinica de la paciente Jackeline Benavides

--

Muchas Gracias.

**Miguel Saffon Cuartas.**

**CTO**



*Este mensaje puede contener información confidencial y privilegiada. Si recibes este mensaje por error, por favor infórmanos y luego elimínalo inmediatamente. Ten en cuenta que los mensajes de correo electrónico entrantes y salientes pueden ser supervisados por Novafem. Mediante la respuesta a este correo autorizas que hagamos tratamiento a tus datos personales. Para obtener detalles sobre cómo Novafem procesa y da tratamiento a los datos personales recibidos a través de comunicaciones por correo electrónico, consulta nuestra [Política de Privacidad](#).*



Novafem

NOVAFEM S.A.S  
Kra 35 17-68 Clinilaser  
Pasto (Nariño)  
cif: 900306609-4  
info@novafem.com.co  
tlf: (2)7374238

## RESUMEN DE HISTORIA

Fecha Apertura : 05/12/2017

Paciente : BENAVIDES BENAVIDES, JACKELINE STELLA

Fec. Nacimiento : 13/01/1978 Edad : 43

Sexo : Mujer

Historia : 27082987

### Información Personal

Tipo Doc. Identidad: Cédula Ciud.

Estado Civil: Soltero

Domicilio: KR 23 11 64 SANTIAGO

Teléfonos: 903172498493

EPS: MEDIMAS

Acompañante: CLAUDIA HELENA BENAVIDES

Responsable: CLAUDIA HELENA BENAVIDES

Nro. Documento Identificación: 27082987

Ocupación: CONTADORA PUBLICA

Ciudad: PASTO

E-mail: jackelineb7@gmail.com

Teléfono: 3174037156

Teléfono: 3174037156

### Consulta Inicial

Motivo:

### Antecedentes

Personales: PATOLOGICOS: ARTRITIS REUMATOIDEA

Historia Gestacional: Gestas: 0, Partos: 0,

Ciclo Menstrual: 30 X 5 Grupo Sanguineo: 0 Positivo

Peso: 0.00 Kg Altura: 0.00 IMC: 0.00

#### 05/12/2017 Episodio de Reproducción

Profesional: LILIANA MUNEVAR

Episodio: 17G0300070 Pareja: Motivo episodio: JACKELINE BENAVIDES 39 AÑOS MILTON 42 AÑOS PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDEA MANEJO CON REUMATOLOGO CON METOTREXATE Y LEFLUNAMIDA MENOS DE 6 MESES HA INTENTADO QUEDAR EN EMBARAZO DESDE HACE 2 AÑOS SIN LOGRARLO ECOTV UTERO DE TAMAÑO NORMAL ENDOMETRIO TRILAMIANR DE 12 MMS OVARIOS LATRALES AFC 4+5 PLAN: AMH Y ESPERMOGRAMA - SOLICITO AUTORIZACION DE REUMATOLOGO PARA CICLO DE FIV Y EMBARAZO SEGUN RESULTADO SE DEFINIRA PLAN 20-1-18 REALIZA HOY EXAMENES BASALES, INDICO ACO, VENDRA EN PROXIMA CONSULTA A FERTIPLEX, HISTEROSONOHGRAFIA Y REVISION DE RESULTADOS, DECIDIR PLAN Diag.Previo: Infertilidad Secundaria 2 AÑOS Diagnóstico: DIAGNÓSTICO: FACTOR FEMENINO FACTOR FEMENINO: FACTOR INMUNOLÓGICO DIAGNÓSTICO: FACTOR FEMENINO FACTOR FEMENINO: FACTOR INMUNOLÓGICO, MONOPARENTAL Plan Terapeutico: PACIENTE CON AR - CITOTOXICOS EN EL MOMENTO AMH Y ESPERMOGRAMA AUTORIZACION DE REUMATOLOGIA

#### 14/12/2017 Ecografía

Profesional: LILIANA MUNEVAR

RFA (2 a 9 mm): 4.00 RFA (2 a 9 mm): 5.00 Diagnóstico: ECOTV UTERO DE TAMAÑO NORMAL ENDOMETRIO TRILAMIANR DE 12 MMS OVARIOS LATRALES AFC 4+5

**26/01/2018**                    **Episodio de Reproducción**

**Profesional: LILIANA MUNEVAR**

Episodio: 18G0100043 Pareja: Motivo episodio: PACIENTE JACKELINE STELLA BENAVIDES Rh: 0 POSITIVO RESULTADO CONFIRMADO LABORATORIO CELAGEM. Diag.Previo: Infertilidad Primaria  
Diagnóstico: Plan Terapeutico:

**13/04/2018**                    **Estimulación FIV**

**Profesional: ALEJANDRO ROCHE**

Se inicia ciclo de FIV Clásica Protocolo: Corto Antagonistas Ciclo: 1 Dias Estimulación: 10 FSHr (1): 18,00 Análogo: 2,00 F. Punción: 25/05/2018 Fol. Punción: 6 Ovo. Recu.: 5 Ovo. MII: 5 Ovocitos Congelados: 0 Ovocitos Fecundados: 4 F. Transferencia: 30/04/2018 Embriones Total: 4 Embriones Transferidos: 2 Embriones Congelados: 0 Embarazo: No

**30/04/2018**                    **Transferencia Estimulación**

**Profesional: ZAMIRA SAYAGO**

Transferidos: 2

**10/05/2018**                    **Estimulación FIV Prueba embarazo**

**Profesional: ALEJANDRO ROCHE**

Prueba embarazo Negativa  $\beta$ HCG: 0.00

**22/06/2018**                    **Estimulación FIV**

**Profesional: ZAMIRA SAYAGO**

Se inicia ciclo de FIV Clásica Protocolo: Corto Antagonistas Ciclo: 2 Dias Estimulación: 7

**28/06/2018**                    **Cancelación Estimulación F.I.V**

**Profesional: ZAMIRA SAYAGO**

Se cancela ciclo prepunción por Baja Respuesta

**28/07/2018**                    **Estimulación FIV**

**Profesional: ALEJANDRO ROCHE**

Se inicia ciclo de FIV Clásica Protocolo: Corto Antagonistas Ciclo: 3 Dias Estimulación: 0 FSHr (1): 18,00 Letrozole / Clomifeno: 43,00 Análogo: 2,00 F. Punción: 08/08/2018 Fol. Punción: 5 Ovo. Recu.: 5 Ovo. MII: 5 Ovocitos Congelados: 0 Ovocitos Fecundados: 5 F. Transferencia: 13/08/2018 Embriones Total: 0 Embriones Transferidos: 2 Embriones Congelados: 1 Embarazo: Sí

**08/08/2018**                    **Estimulación Congelación**

**Profesional:**

Embriones Congelados: 1

**13/08/2018**                    **Transferencia Estimulación**

**Profesional: ZAMIRA SAYAGO**

Transferidos: 2



Novafem

NOVAFEM S.A.S  
Kra 35 17-68 Clinilaser  
900306609-4 tlf: (2)7374238



Novafem  
Centro médico de fertilidad y genética

## Informe de Ecografía

**Paciente : BENAVIDES BENAVIDES, JACKELINE STELLA**

**Historia : 27082987 Documento Identidad : 27082987**

**Edad : 43**

### Útero

Situación : Anteversión      Móvil : Sí  
Dimensiones: Longitud 85,00      DA 55,00      DT 60,00      Cervicometría (mm) 38  
Patología : Normal

### Endometrio

Grosor : 12      Patrón : Trilaminar  
Patología : Normal

### Ovario Derecho

Diámetro Máx. 0,00      Min. 0,00      Volumen: 0,00      RFA (2 a 9 mm): 4  
Patología : Normal

**Paraovario Derecho** : Normal

### Ovario Izquierdo

Diámetro Máx. 0,00      Min. 0,00      Volumen: 0,00      RFA (2 a 9 mm): 5  
Patología : Normal

**Paraovario Izquierdo** : Normal

Espacio de Douglas :

Hipocondrio:

Histerosonografía :

### Diagnóstico

ECOTV UTERO DE TAMAÑO NORMAL ENDOMETRIO TRILAMIANR DE 12 MMS  
OVARIOS LATRALES AFC 4+5

Pasto, 14 de diciembre de 2017  
LILIANA MUNEVAR

**Re: F395 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155**

HISTORIAS CLINICAS MEDFAM &lt;historiasclincasmedfam@gmail.com&gt;

Tue 27/07/2023 10:54 AM

Para: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto &lt;j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

 8 archivos adjuntos (657 KB)

Benavides Benavides, Jackeline Stella1.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella2.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella3.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella4.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella5.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella6.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella7.pdf; Benavides Benavides, Jackeline Stella8.pdf;

Buenos días, envío adjunto los archivos por formato PDF. Quedo pendiente cualquier inquietud.

---

**De:** HISTORIAS CLINICAS MEDFAM <[historiasclincasmedfam@gmail.com](mailto:historiasclincasmedfam@gmail.com)>**Enviado:** miércoles, 26 de julio de 2023 4:53 p. m.**Para:** Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <[j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)>; Jairo A Chamorro Salas <[direccionadmedfam@gmail.com](mailto:direccionadmedfam@gmail.com)>**Asunto:** Re: F395 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

Señores

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA - CIRCUITO JUDICIAL DE PASTO

Ciudad

En respuesta a su solicitud brindó la información de historia clínica, que reposa en nuestra institución de los pacientes en mención **Benavides Benavides, Jackeline Stella** identificada con N° de cédula **27.082.987** adjunto archivos y **Castillo Rosero Milton Enrique** identificado con N° de cédula **98.395.553**. **No se evidencia historial clínico de atención por medicina general, odontología general y especialidades.** Remito para su conocimiento y fines pertinentes. Quedo atenta a cualquier inquietud.

Atentamente,

**Atención al usuario**  
**DIANA CORDOBA OBANDO**

**IPS MEDFAM SAS**

**MEDIO AMBIENTE: ¿Necesita realmente imprimir este correo?**  
**CONFIDENCIALIDAD: La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.**

----- Forwarded message -----

De: **Comunicaciones Medfam** <[comunicaciones@medfamsas.com](mailto:comunicaciones@medfamsas.com)>

Date: mié, 26 jul 2023 a las 10:05

Subject: RV: F395 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

To: Jairo A Chamorro Salas <[direccionadmedfam@gmail.com](mailto:direccionadmedfam@gmail.com)>

Cc: juan diego casabon rodriguez <[gerenciageneralmedfam@gmail.com](mailto:gerenciageneralmedfam@gmail.com)>

**TIRSO BENAVIDES BENAVIDES**

*Gestor RRHH y Comunicaciones*

---

De: Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto <[j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)>

Enviado: martes, 25 de julio de 2023 13:55

Para: Comunicaciones Medfam <[comunicaciones@medfamsas.com](mailto:comunicaciones@medfamsas.com)>

Asunto: RV: F395 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

Buenas tardes, en atención a memorial allegado por EPS Sanitas SAS, se remite por competencia oficio F395-2023, para su cumplimiento

Nota: al contestar favor citar numero de oficio o de proceso.

YCM

Atentamente,

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA  
DEL CIRCUITO DE PASTO**Karol Johana Rodríguez Ortega****Secretaria**[j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Tel. (+57) 723 7900

Palacio de Justicia Calle 19 # 23 - 00

Piso 5. Oficina 508

Pasto – Nariño – Colombia

[www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co)

## SE SOLICITA CONFIRMAR EL RECIBO DE ESTA COMUNICACIÓN POR UNA SOLA VEZ

En todo caso, y a falta de dicha confirmación, se advierte que se presume la recepción del presente mensaje, de conformidad con lo dispuesto en los Arts. 20, 21 y 22 de la Ley 527 del 18 de Agosto de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

### Información:

**El horario de recepción de documentos es de lunes a viernes de 08:00 am a 05:00 pm, lo enviado fuera de ese horario el sistema no los tiene en cuenta.**

**Correo Electrónico para NOTIFICACIONES y RESPUESTAS en TUTELAS e INCIDENTES DE DESACATO:**

[jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co](mailto:jfcto01pso@notificacionesrj.gov.co)

**PRUEBA ELECTRÓNICA:** Al recibir el acuse de recibo con destino a este Despacho, se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999).

La presente notificación se surte mediante éste medio en virtud a lo dispuesto en el Art. 103 del C.G.P. – Uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones - con el fin de facilitar y agilizar el acceso a la justicia, así como ampliar su cobertura, como también en virtud al Art. 16 del Decreto 2591 de 1991 y al Art. 5º del Decreto 306 de 1992.

**De:** Juzgado 01 Familia Circuito - Nariño - Pasto

**Enviado:** lunes, 26 de junio de 2023 11:11 a. m.

**Para:** Notificaciones Judiciales <[notificajudiciales@keralty.com](mailto:notificajudiciales@keralty.com)>; Notificaciones Judiciales <[notificajudiciales@keralty.com](mailto:notificajudiciales@keralty.com)>

**Cc:** Oficina Virtual de Afiliados <[ofivirtualafiliados@epssanitas.com](mailto:ofivirtualafiliados@epssanitas.com)>

**Asunto:** F395 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155

*REPÚBLICA DE COLOMBIA*  
*RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO*  
**JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA**  
**CIRCUITO JUDICIAL DE PASTO**

Calle 19 No. 23-00 Palacio de Justicia

Torre A – Oficina 507 – Teléfono: 602 7237900

[j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)

San Juan de Pasto, junio 26 de 2023

Señores

**SANITAS**

Ciudad

**ASUNTO: F395 SOLICITUD URGENTE HISTORIA CLINICA PROCESO IMPUGNACION MENOR DE EDAD 2021-0155**

Mediante el presente se solicita de carácter **PRIORITARIO**, se allegue a este correo por cuenta del proceso de la referencia **HISTORIAS CLINICAS**, de las partes dentro del presente asunto, con el fin de atender audiencia programada **para el día 5 de julio de 2023**

**DEMANDANTE**

Apellidos: CASTILLO ROSERO

Nombres: MILTON ENRIQUE

Documento identificación: C.C. X . No. **98.395.553**

Domicilio: Cl 2 oeste 31-65 Barrio Villa Sofia

e-mail: [miltonenriquecastilloroser@gmail.com](mailto:miltonenriquecastilloroser@gmail.com)

Celular No.: 3168779947/ 3006477402

**DEMANDADA**

Apellidos: BENAVIDES BENAVIDES

Nombres: JACKELINE STELLA

Documento identificación: C.C. X No. **27.082.987**

Domicilio: Alameda del Rio Torre 2 apto 602

e-mail: [jackelineb7@gmail.com](mailto:jackelineb7@gmail.com)

Celular No.: 3172498493

YCM

Atentamente,

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA  
DEL CIRCUITO DE PASTO**Karol Johana Rodríguez Ortega****Secretaria**[j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01fapas@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Tel. (+57) 723 7900

Palacio de Justicia Calle 19 # 23 - 00

Piso 5. Oficina 508

Pasto – Nariño – Colombia

[www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co)**SE SOLICITA CONFIRMAR EL RECIBO DE ESTA COMUNICACIÓN POR UNA SOLA VEZ**

En todo caso, y a falta de dicha confirmación, se advierte que se presume la recepción del presente mensaje, de conformidad con lo dispuesto en los Arts. 20, 21 y 22 de la Ley 527 del 18 de Agosto de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

**Información:**

**El horario de recepción de documentos es de lunes a viernes de 08:00 am a 05:00 pm, lo enviado fuera de ese horario el**

## **sistema no los tiene en cuenta.**

**Correo Electrónico para NOTIFICACIONES y RESPUESTAS en TUTELAS e INCIDENTES DE DESACATO:**

[jfcto01pso@notificacionesj.gov.co](mailto:jfcto01pso@notificacionesj.gov.co)

**PRUEBA ELECTRÓNICA:** Al recibir el acuse de recibo con destino a este Despacho, se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999).

La presente notificación se surte mediante éste medio en virtud a lo dispuesto en el Art. 103 del C.G.P. – Uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones - con el fin de facilitar y agilizar el acceso a la justicia, así como ampliar su cobertura, como también en virtud al Art. 16 del Decreto 2591 de 1991 y al Art. 5º del Decreto 306 de 1992.

[www.katary.co](http://www.katary.co)

[www.katary.co](http://www.katary.co)

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/12/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(14/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(06/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/10/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(21/12/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/09/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(23/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(12/12/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(14/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

(06/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(12/10/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

**- HÁBITOS SEXUALES**

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
35. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara) ? : No.  
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?  
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por más de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?  
: No.  
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**12/12/2018 17:52:29. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Insuasti Paz. Reg. Médico. 1085292490. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 26684572. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 40 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo  
trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 10 año(s).

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Control.

Número de Control: 4. Tipo de Programa: Control Prenatal.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: Paciente que asiste a control prenatal .

Enfermedad Actual: Ingresa gestante con 19.5 semanas de gestación por FUM segura y confiable refiere sentirse bien, se alimenta con buen apetito y de forma balanceada refiere adecuada tolerancia a los alimentos, niega trastornos del sueño, niega cefalea, niega edemas, niega edemas, niega dolor abdominal tipo contracción, niega pérdidas vaginales, niega flujo vaginal, niega síntomas urinarios, movimientos fetales positivos, esta tomando gestavit con buena adherencia..

Estado de Salud: Bueno.

**DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No

Trastornos visuales: No

¿Ha tenido vómitos?: No

Síntomas urinarios: No

Servicio de urgencias: No

Movimientos fetales: No

Contracciones Uterinas: No

Sangrado Genital: No

¿Presenta flujo vaginal?: No

Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No

Daño físico embarazo: No

Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Triste/deprimida: No  
Preocupada poco interés: No.

**ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL**

## Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0  
Edad de 16 años a 35 años: No. Puntaje: 0  
Edad mayor a 35 años: Si. Puntaje: 2  
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0  
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0  
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0  
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0  
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0  
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0  
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0  
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0  
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

## Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0  
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0  
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0  
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0  
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0  
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0  
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0  
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0  
Mala presentación: No. Puntaje: 0  
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

## Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0  
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

**GESTACIÓN ACTUAL**

- Edad Gestacional  
FUR: 27/07/2018 .  
Confiabilidad: Confiable.  
Fecha ECO: 28/09/2018 .  
No. semanas a fecha ecografía: 9.0 .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Edad gestacional por FUR: 19.5 .  
Edad gestacional por ECO: 19.5 .  
FPP por FUR: 03/05/2019 .  
FPP por ECO: 03/05/2019 .  
Calculo edad gestacional: Por FUR.

**- Datos Gestación**

No. de embarazo: 2 .  
Tipo de Embarazo: Múltiple.  
¿Embarazo planeado?: Si .  
¿Embarazo deseado?: Si .  
Fecundación: Natural.  
Antecedentes de infertilidad: No.  
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .  
¿Ingreso tardío?: No .  
¿Informa sentencia C355?: Si .  
Primer control: 12/10/2018 .  
Semanas Primer Control: 11.0 .  
Último control: 12/12/2018 .  
Semanas Último Control: 19.5 .  
No. Controles prenatales: 4 .

**- Información Pareja**

¿Desconocido?: No . ¿Embarazo misma pareja?: No Aplica .Nombres y Apellidos: milton castillo .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento:  
gestante no la sabe .Edad del padre: 42 .

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(12/12/2018) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

**PLANIFICACIÓN**

(12/12/2018) Tipo de método de planificación: Ninguno

**CITOLOGÍA**

(12/12/2018) Citología: Si, Fecha realización citología: 11/10/2016, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**MAMOGRAFÍA**

(12/12/2018) Mamografía: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C0 E0 A1 V0 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Temperatura: 36.3 °C  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 78.5 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 27.16 (kg/m<sup>2</sup>) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 435.9 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Circunferencia de la cintura: 110 cm  
Superficie corporal: 1.95 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No).  
Mental: orientado en tres esferas.  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (22), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Presentación (Podálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (148), Fetocardia auscultable (lat/min) (140).

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 15/11/2018 00:00:00

**Edad Gestacional**

1. Semanas Edad Gestacional: 19.5

**Inmunología**

1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.37

**Análisis de Laboratorio**

1. Frotis de flujo vaginal: Flora normal.  
2. Parcial de Orina: Contaminado.  
3. Urocultivo: Negativo,

**Prueba rápida dual VIH-Sífilis**

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente con ARO por primigestante, embarazo gemelar bi-bi acude a control con resultados, dentro de límites normales, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y se dan recomendaciones generales. se da orden de laboratorios de segundo trimestre, se deriva a vacunación en semana 26, control con resultados.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C0 E0 A1 V0 M0

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 19.5 semanas.

**ADHERENCIA A PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

- Adherencia Control Prenatal

¿Ha asistido a todos los controles que su médico sugiere?: Si.

¿Ha consumido los micronutrientes formulados por su médico?: Si.

¿Se ha realizado los tratamientos ordenados por su médico?: Si.

Asistió a odontología: Si.

Asistió a consulta de planificación: No.

Motivo Inasistencia a Cita de Planificación: no aplica.

Asistió a nutrición: Si.

¿Ha seguido las instrucciones y recomendaciones ordenadas en las consultas?: Si.

¿Paciente adherente?: Si.

Número de controles asistidos: 3.0.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita UROANÁLISIS, No. 1, paciente con ARO por primigestante, embarazo gemelar bi-bi acude a control con resultados, dentro de límites normales, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y se dan recomendaciones generales. se da orden de laboratorios de segundo trimestre, se deriva a vacunación en semana 26, control con resultados..
2. Se solicita Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponémica) manual o semiautomatizada o automatizada, No. 1, paciente con ARO por primigestante, embarazo gemelar bi-bi acude a control con resultados, dentro de límites normales, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y se dan recomendaciones generales. se da orden de laboratorios de segundo trimestre, se deriva a vacunación en semana 26, control con resultados..
3. Se solicita GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA, No. 1, paciente con ARO por primigestante, embarazo gemelar bi-bi acude a control con resultados, dentro de límites normales, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y se dan recomendaciones generales. se da orden de laboratorios de segundo trimestre, se deriva a vacunación en semana 26, control con resultados..
4. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, paciente con ARO por primigestante, embarazo gemelar bi-bi acude a control con resultados, dentro de límites normales, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y se dan recomendaciones generales. se da orden de laboratorios de segundo trimestre, se deriva a vacunación en semana 26, control con resultados..

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Realizar vacunación completa en la gestación con vacuna de Td (Toxoide diftérico-toxoide tetánico) a partir de semana 14, aplicación de vacuna de Influenza en semana 14 y DPT acelular a partir de semanas 26 de gestación.

Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida

- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

RECOMENDACIONES GENERALES: Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación. Asistir a controles prenatales en las citas programadas, cumplir con valoración por nutrición, salud oral citología y vacunación, portar carnet prenatal en todas la atenciones programadas, uso de ropa cómoda en la gestación, evitar el estrés, no olvide tomar sus micronutrientes ácido fólico, sulfato ferroso y calcio durante toda la gestación

SIGNOS DE ALARMA: Sangrado vaginal, dolor de cabeza intenso y persistente, ardor al orina u orina fétida, vomito incontrolable, dolor intenso en la boca del estómago, disminución o ausencia de los movimientos fetales (aplica a partir de semana 21) expulsión de líquido por la vagina, contracciones súbitas t dolorosas del útero, flujo vaginal fétido o que rasque, o en cantidad mayor de lo normal.  
Ante la presencia de uno de estos signos acudir por urgencias a Clínica Hispanoamerica.

ACTIVIDAD FÍSICA: Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria, asistir al curso de preparación para la maternidad y paternidad  
Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: - Haga sus comidas en momentos agradables, tomando los alimentos en un espacio tranquilo.

- Establezca horarios fijos de comida
- Coma de forma fraccionada 5 veces al día cada 3 horas en lo posible controlando el tamaño y la cantidad de porciones.
- Consuma como mínimo 5 intercambios entre verduras-hortalizas y frutas
- Mastique bien los alimentos y no realiza ninguna otra actividad mientras come
- Consuma de 8 a 10 vasos de agua al día (2 litros aproximadamente)
- No consuma bebidas alcohólicas durante la gestación y periodo de lactancia
- Recuerde alimentar a su bebe con leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses y complementarias hasta los 2 años

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 15 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**14/11/2018 18:53:04. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Insuasti Paz. Reg. Médico. 1085292490. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 25986041. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 40 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 10 año(s).

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Vinculación:

Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: claudia lorena benavides Teléfono: 3173204501.

Tipo de atención: Control.

Número de Control: 3. Tipo de Programa: Control Prenatal.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Acompañante: claudia lorena benavides. Teléfono: 3173204501..

Motivo de consulta: Paciente que asiste a control prenatal.

Enfermedad Actual: Ingresa gestante con 15.5 semanas de gestación por FUM segura y confiable refiere sentirse bien, se alimenta con buen apetito y de forma balanceada refiere adecuada tolerancia a los alimentos, niega trastornos del sueño, niega cefalea, niega edemas, niega dolor abdominal tipo contracción, niega pérdidas vaginales, niega flujo vaginal, niega síntomas urinarios, esta tomando gestavit con buena adherencia..

Estado de Salud: Bueno.

**DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No  
Trastornos visuales: No  
¿Ha tenido vómitos?: No  
Síntomas urinarios: No  
Servicio de urgencias: No  
Movimientos fetales: No  
Contracciones Uterinas: No  
Sangrado Genital: No  
¿Presenta flujo vaginal?: No  
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No  
Daño físico embarazo: No  
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No  
Preocupada poco interés: No.

**ESCALA DE RIESGO BIOPICOSOCIAL**

Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0  
Edad de 16 años a 35 años: No. Puntaje: 0  
Edad mayor a 35 años: Si. Puntaje: 2  
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0  
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0  
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0  
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0  
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0  
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0  
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0  
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0  
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0  
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0  
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0  
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0  
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0  
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0  
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0  
Mala presentación: No. Puntaje: 0  
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0  
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

**REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

**GESTACIÓN ACTUAL**

- Edad Gestacional  
FUR: 27/07/2018 .  
Confiabilidad: Confiable.  
Fecha ECO: 28/09/2018 .  
No. semanas a fecha ecografía: 9.0 .  
Edad gestacional por FUR: 15.5 .  
Edad gestacional por ECO: 15.5 .  
FPP por FUR: 03/05/2019 .  
FPP por ECO: 03/05/2019 .  
Calculo edad gestacional: Por FUR.

- Datos Gestación  
No. de embarazo: 2 .  
Tipo de Embarazo: Múltiple.  
¿Embarazo planeado?: Si .  
¿Embarazo deseado?: Si .  
Fecundación: Natural.  
Antecedentes de infertilidad: No.  
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .  
¿Ingreso tardío?: No .  
¿Informa sentencia C355?: Si .  
Primer control: 12/10/2018 .  
Semanas Primer Control: 11.0 .  
Último control: 14/11/2018 .  
Semanas Último Control: 15.5 .  
No. Controles prenatales: 3 .

- Información Pareja  
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: No Aplica .Nombres y Apellidos: milton castillo .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento:  
gestante no la sabe .Edad del padre: 42 .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(14/11/2018) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

**PLANIFICACIÓN**

(14/11/2018) Tipo de método de planificación: Ninguno

**CITOLOGÍA**

(14/11/2018) Citología: Si, Fecha realización citología: 11/10/2016, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(14/11/2018) Mamografía: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C0 E0 A1 V0 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 72 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg  
Tensión Arterial Media: 76.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg  
Temperatura: 36.5 °C  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 76.8 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 26.57 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 438.71 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Circunferencia de la cintura: 104 cm  
Superficie corporal: 1.93 m2

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (18), No. de fetos (2), Observaciones: flotantes.

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 14/11/2018 00:00:00

Edad Gestacional

1. Semanas Edad Gestacional: 15.5

Inmunología

1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.37

Análisis de Laboratorio

1. Frotis de flujo vaginal: Flora normal.  
2. Parcial de Orina: Normal,

Prueba rápida dual VIH-Sífilis

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente con ARO por primigestante, embarazo gemelar bi-bi, acude a control con resultados, refiere que en primera muestra de orina reporto infección urinaria con urocultivo positivo por lo que acudio por urgencias en donde recibio manejo iv con ceftriazona 8 dias, por resistencia a la mayoría de antibioticos, ahora trae laboratorios de control, se evidencia uroanálisis con 1 + de bacterias y leucocitos 20, se encuentra pendiente urocultivo, se indica traer resultados para definir conducta, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y se dan recomendaciones generales. control con resultados.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C0 E0 A1 V0 M0

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra, Embarazo Segundo Trimestre, 15.5 semanas.

**ADHERENCIA A PROGRAMAS**

CONTROL PRENATAL

- Adherencia Control Prenatal

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

¿Ha asistido a todos los controles que su médico sugiere?: Si.  
¿Ha consumido los micronutrientes formulados por su médico?: Si.  
¿Se ha realizado los tratamientos ordenados por su médico?: Si.  
Asistió a odontología: Si.  
Asistió a consulta de planificación: No.  
Motivo Inasistencia a Cita de Planificación: no aplica.  
Asistió a nutrición: Si.  
¿Ha seguido las instrucciones y recomendaciones ordenadas en las consultas?: Si.  
¿Paciente adherente?: Si.  
Número de controles asistidos: 2.0.

**Recomendación 1:**

**RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES:** Realizar vacunación completa en la gestación con vacuna de Td (Toxoide diftérico-toxoide tetánico) a partir de semana 14, aplicación de vacuna de Influenza en semana 14 y DPT acelular a partir de semanas 26 de gestación.

**Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:**

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminarlo

**RECOMENDACIONES GENERALES:** Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación. Asistir a controles prenatales en las citas programadas, cumplir con valoración por nutrición, salud oral citología y vacunación, portar carnet prenatal en todas las atenciones programadas, uso de ropa cómoda en la gestación, evitar el estrés, no olvide tomar sus micronutrientes ácido fólico, sulfato ferroso y calcio durante toda la gestación

**SIGNOS DE ALARMA:** Sangrado vaginal, dolor de cabeza intenso y persistente, ardor al orina u orina fétida, vomito incontrolable, dolor intenso en la boca del estómago, disminución o ausencia de los movimientos fetales (aplica a partir de semana 21) expulsión de líquido por la vagina, contracciones súbitas y dolorosas del útero, flujo vaginal fétido o que rasque, o en cantidad mayor de lo normal.

Ante la presencia de uno de estos signos acudir por urgencias a Clínica Hispanoamericana.

**ACTIVIDAD FÍSICA:** Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria, asistir al curso de preparación para la maternidad y paternidad  
Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

**RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS:** - Haga sus comidas en momentos agradables, tomando los alimentos en un espacio tranquilo.

- Establezca horarios fijos de comida
- Coma de forma fraccionada 5 veces al día cada 3 horas en lo posible controlando el tamaño y la cantidad de porciones.
- Consuma como mínimo 5 intercambios entre verduras-hortalizas y frutas
- Mastique bien los alimentos y no realice ninguna otra actividad mientras come
- Consuma de 8 a 10 vasos de agua al día (2 litros aproximadamente)
- No consuma bebidas alcohólicas durante la gestación y periodo de lactancia
- Recuerde alimentar a su bebe con leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses y complementarias hasta los 2 años

**SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN:** 15 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**08/11/2018 14:29:22. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Yuli Paola Melo Caicedo. Reg. Médico. 27436253. Enfermería.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Demanda Inducida.

No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: Teléfono: Ciudad: Vinculación:

Acompañante: Teléfono:

08/11/2018 14:29:22 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA CONTROL PRENATAL

Fuente de remisión: IPS

**DATOS PARA EL PROGRAMA**

Diagnóstico: -

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: STELLA BENAVIDES.

Descripción de la gestión: SE PROGRAMA CITA PARA EL DIA 14/11/2018 DRA INSUASTY

**RECOMENDACIONES:**

Recomendaciones generales: Estilos de vida saludables, cuidados con salud oral y visual, valoración odontológica vacunación con toxoide tetánico, Signos de alarma: dolor de cabeza, aumento de peso exagerado más de 2kg. En una semana, hinchazón o edema en los pies, las manos y la cara, visión borrosa, disminución en la cantidad de orina, ardor al orinar, dolor de cabeza intenso, disminución o ausencia de los movimientos fetales, hemorragia vaginal, expulsión de líquido por la vagina, flujo vaginal fétido, fiebre, si llega la fecha de parto acordada y no se ha iniciado el trabajo de parto, fiebre, acudir por urgencias a Clínica Hispanoamérica.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**07/11/2018 08:06:00. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Luis Fernando De Los Rios Rodriguez. Reg. Médico. 98383013. Ginecología y Obstetricia.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 25817244. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 40 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:

Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: EDAD 40

O POSITIVO

UNION LIBRE

G2POVOA1CO

EMBARAZO DE 14,5 SEMANAS POR AMENORREA

EMBARAZO DE 14,5 SEMANAS POR ECO TEMRPANA

GEMELAR BI - BI

ARTRITIS REUMATOIDA SIN TTO.

Enfermedad Actual: ASINTOMATICA EN EL MOMENTO, NO PERDIDAS VAGINALES

ECO DE TAMIZAJE GENETICO RIESGO BAJO DE ANEUPLOIDIAS

AP ARTRITIS REUMATOIDEA

AGO MENARCA 15

CICLOS 30 - 5

PLANIFICACION CONDON

CITOLOGIA NORMAL

AF MADRE HTA.

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica

Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 77 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg

Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg

Peso Pregestacional: 70 Kg

Peso: 76 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22

Índice de Masa Corporal: 26.3 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional

Ganancia de peso: 413.79 gramos por semana

Superficie corporal: 1.92 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

ARO POR PRIMIGESTANTE  
GEMELAR BI - BI  
ESTABLE EN EL MOMENTO

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra, Embarazo Segundo Trimestre, 14.5 semanas.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**06/11/2018 18:31:29. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Silvia María Moncayo Rincon. Reg. Médico. 1018436360. Nutricion Humana.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Contrarreferencia.

Admisión No. 25811968. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 40 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:

Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA**

Anamnesis nutricional: Se realiza anamnesis alimentaria y se evidencia adecuados hábitos alimentarios en cuanto a selección, fraccionamiento, horarios y tamaño de porciones

Adicionalmente presenta Estreñimiento

Observaciones: D: AVENA CON LECHE DESCREMADA Y DESLACTOSADA+2 HUEVOS TIBIOS MM: PORCION FRUTAS+ NUECES

A: ARROZ+PESCADO/POLLO/CARNE+ARROZ+PAPA+ENSALADA+FRUTA MT: YOGURT O AVENA +GALLETAS C: SIMILAR AL ALMUERZO.

Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

Peso actual: 76.1 kg.

Talla: 1.72 m.

Índice de masa corporal: 25.72(kg/m<sup>2</sup>) - Sobrepeso

Peso pre-gestacional: 73 kg.

IMC pre-gestacional: 24

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE DE 40 AÑOS DE EDAD CON 13 SEMANAS DE GESTACION, CON GESTACION MULTIPLE, CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS, NAUSEAS FRECUENTES, SUPLEMENTANDOSE CON GESTAVIT DHA, PROBIOTICOS. SEGUN VALORACION ANTROPOMETRICA SE EVIDENCIA ESTADO NUTRICIONAL SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL, SEGUN ANAMENSIS ALIMENTARIA SE EVIDENCIAN ADECUADOS HABITOS DE ALIMENTACION, BAJO CONSUMO DE VERDURA. SE DA EDUCACION NUTRICIONAL, RECOMENDACIONES, ITNERVENCION NUTRICIONAL.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición (Z132), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación Nutricional: Sobrepeso, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - DIETA**

Normal.

Recomendación 1:

**HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE:** Dieta variada que incluya todos los grupos de alimentos: cereales, raíces tubérculos y plátanos (arroz, papa, plátano, yuca, etc.), frutas, verduras, lácteos, carnes, pollo, pescado, huevo, granos, grasas (aguacate, aceites vegetales) y azúcares con moderación.

Se recomienda consumir 6 comidas al día, tres comidas grandes (desayuno, almuerzo y cena) tres pequeñas (dos meriendas durante el día y una tercera dos horas antes de dormir)

Incluir frutas y verduras en cada comida. Consumo de frutas ENTERAS (al menos tres al día) y dos verduras al día una de las cuales debe ser cruda. Si se cocinan las verduras no se deba hacerlo por más de 3 minutos a partir de que el agua hierva.

Consumir lácteos al menos 2 veces en el día.

Disminuir consumo azúcar, frituras y productos industrializados máximo 1 vez a la semana.

Consumir alimentos fuente de proteína (carne, pollo, huevo, granos, carne) todos los días en las tres comidas grandes.

Consumir los granos con frutas ácidas (FRESA, GUAYABA, NARANJA, MANDARINA) y arroz.

No adicionar sal a los alimentos preparados.

EVITE consumir gaseosas

Preparación adecuada de sopa: menos "harinas" más proteína (carne, pollo, huevo, granos, carne) y verduras.

Realizar actividad física moderada (caminar) 5 veces a la semana al menos 30 minutos

No exceder consumo de harinas, preferir las integrarles.

No consumir más de una taza de café al día o consumir café descafeinado.

Aumentar el consumo de vísceras como hígado, pajarilla, para evitar anemia, al menos una vez a la semana.

Consuma suficiente agua para evitar estreñimiento (8 vasos al día)

Continuar con controles prenatales, consumo de suplementos (ácido fólico, calcio, sulfato ferroso) y mejorar la alimentación de acuerdo con recomendaciones.

En caso de náuseas:

Se recomienda el consumo de hielo picado.

Reducir el consumo de alimentos muy grasos.

Evitar embutidos, empaquetados, bebidas carbonatadas, por sus olores fuertes pueden generar vomito.

Evitar condimentos en las preparaciones como los caldos en cubos.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**12/10/2018 13:05:58. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Insuasti Paz. Reg. Médico. 1085292490. Medicina General.**

IDENTIFICACION DEL USUARIO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Admisión No. 25252989. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 40 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo  
trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: claudia lorena benavides Teléfono: 3173204501

Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Control Prenatal.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Acompañante: claudia lorena benavides. Teléfono: 3173204501.

Motivo de consulta: Paciente que asiste a control prenatal.

Enfermedad Actual: Ingresa gestante con 11.0 semanas de gestación por FUM segura y confiable refiere sentirse bien, se alimenta con buen apetito y de  
forma balanceada refiere adecuada tolerancia a los alimentos, niega trastornos del sueño, niega cefalea, niega aedemas, niega dolor abdominal tipo  
contracción, niega pérdidas vaginales, niega flujo vaginal, niega síntomas urinarios, esta tomando gestavit con buena adherencia ..

Estado de Salud: Bueno.

**DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No  
Trastornos visuales: No  
¿Ha tenido vómitos?: No  
Síntomas urinarios: No  
Servicio de urgencias: No  
Movimientos fetales: No  
Contracciones Uterinas: No  
Sangrado Genital: No  
¿Presenta flujo vaginal?: No  
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No  
Daño físico embarazo: No  
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No  
Preocupada poco interés: No.

**ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL**

Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0  
Edad de 16 años a 35 años: No. Puntaje: 0  
Edad mayor a 35 años: Si. Puntaje: 2  
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0  
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0  
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0  
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0  
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0  
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0  
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0  
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

**Embarazo actual**

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0  
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0  
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0  
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0  
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0  
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0  
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0  
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0  
Mala presentación: No. Puntaje: 0  
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

**Riesgo Biopsicosocial**

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0  
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

**REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

**GESTACIÓN ACTUAL**

- Edad Gestacional  
FUR: 27/07/2018 .  
Confiabilidad: Confiable.  
Fecha ECO: 28/09/2018 .  
No. semanas a fecha ecografía: 9.0 .  
Edad gestacional por FUR: 11.0 .  
Edad gestacional por ECO: 11.0 .  
FPP por FUR: 03/05/2019 .  
FPP por ECO: 03/05/2019 .  
Calculo edad gestacional: Por FUR.

- Datos Gestación  
No. de embarazo: 2 .  
Tipo de Embarazo: Múltiple.  
¿Embarazo planeado?: Si .  
¿Embarazo deseado?: Si .  
Fecundación: Natural.  
Antecedentes de infertilidad: No.  
¿Quedó embarazada utilizando algún método de planificación?: No .  
¿Ingreso tardío?: No .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

¿Informa sentencia C355?: Si .  
Primer control: 12/10/2018 .  
Semanas Primer Control: 11.0 .  
Último control: 12/10/2018 .  
Semanas Último Control: 11.0 .  
No. Controles prenatales: 1 .

- Información Pareja  
¿Desconocido?: No .¿Embarazo misma pareja?: No Aplica .Nombres y Apellidos: milton castillo .Tipo Documento: Cédula de ciudadanía.Documento:  
gestante no la sabe .Edad del padre: 42 .

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(12/10/2018) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

**PLANIFICACIÓN**

(12/10/2018) Tipo de método de planificación: Ninguno

**CITOLOGÍA**

(12/10/2018) Citología: Si, Fecha realización citología: 11/10/2016, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(12/10/2018) Mamografía: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C0 E0 A1 V0 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 77 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg  
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 100 mmHg

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg  
Temperatura: 36.5 °C  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 74.4 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 25.74 (kg/m<sup>2</sup>) Sobre peso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 400 gramos por semana  
Circunferencia de la cintura: 90 cm  
Superficie corporal: 1.9 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Mental: orientado en tres esferas.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 02/10/2018 00:00:00

**Edad Gestacional**

1. Semanas Edad Gestacional: 11.0

**Hematología**

1. Hemoclasificación: O+.  
2. Hematocrito (%): 39.7.  
3. Hemoglobina (gr/dL): 13.1.  
4. Plaquetas (Trombocitos) mm<sup>3</sup>: 391

**Química Sanguínea**

1. Glicemia (mg/dl): 64.0

**Inmunología**

1. Elisa para VIH: No Reactiva.  
2. IG G Toxoplasma (UIL): 4.1.  
3. Anticuerpos Anti-Rubeola IgG: 33.9.  
4. VDRL 1r Trimestre: No Reactiva,

Prueba rápida dual VIH-Sífilis

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO,

Imageneología

Fecha de realización: 28/09/2018 00:00:00

Ecografía Obstetrica

1. Edad Gestacional Ecografía Obstetrica (Sem): 9.0.

2. Restricción de crecimiento intrauterino: No.

3. Malformaciones: No.

4. Anomalías: No.

5. Observaciones: embarazo multiple gemelar corionicidad: bicorial biamniotico, feto 1: vivo embriocardia positiva placenta corporal anterior grado 0, feto 2 vivo embriocardia positiva placenta corporal anterior grado 0, fpp 03/05/19.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente con ARO por aborto previo, edad materna y embarazo gemelar, acude para ingreso a control prenatal con resultados de ecografía y laboratorios dentro de límites normales, se da orden de laboratorios faltantes, se da orden de valoración por ginecología, nutrición, odontología, se envía a vacunación en semana 14, se educa en signos de alarma por los que acudir por urgencias, estilos de vida saludables y recomendaciones generales. control con resultados.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C0 E0 A1 V0 M0

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra, Embarazo Primer Trimestre, 11 semanas.

**ADHERENCIA A PROGRAMAS**

CONTROL PRENATAL

- Adherencia Control Prenatal

¿Ha asistido a todos los controles que su médico sugiere?: Si.

¿Ha consumido los micronutrientes formulados por su médico?: Si.

¿Se ha realizado los tratamientos ordenados por su médico?: Si.

Asistió a odontología: No.

Motivo inasistencia Odontología : se da orden.

Asistió a consulta de planificación: No.

Motivo Inasistencia a Cita de Planificación: no aplica.

Asistió a nutrición: No.

Motivo Inasistencia a Nutrición : se da orden.

¿Ha seguido las instrucciones y recomendaciones ordenadas en las consultas?: Si.

¿Paciente adherente?: Si.

Número de controles asistidos: 1.0.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO), No. 1, paciente con ARO por aborto previo y edad materna acude para ingreso a control prenatal, se da orden de laboratorios faltantes, se da orden de valoración por ginecología, nutrición, odontología, se envía a vacunación en semana 14, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y recomendaciones generales. control con resultados..

2. Se solicita UROANÁLISIS, No. 1, paciente con ARO por aborto previo y edad materna acude para ingreso a control prenatal, se da orden de laboratorios faltantes, se da orden de valoración por ginecología, nutrición, odontología, se envía a vacunación en semana 14, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y recomendaciones generales. control con resultados..

3. Se solicita EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA, No. 1, paciente con ARO por aborto previo y edad materna acude para ingreso a

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

control prenatal, se da orden de laboratorios faltantes, se da orden de valoración por ginecología, nutrición, odontología, se envía a vacunación en semana 14, se educa en signos de alarma, estilos de vida saludables y recomendaciones generales. control con resultados..

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Importancia de acudir a controles prenatales de forma regular según indicación médica, toma de micronutrientes de forma oportuna, mantener controles por salud oral

SIGNOS DE ALARMA: Ante la presencia de uno de estos signos acudir por urgencias a Clínica Hispanoamericana.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 15 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**28/09/2018 18:25:30. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Adriana Milena Mora Toro. Reg. Médico. 36755707. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 24919578. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 40 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: ESTOY EMBARAZADA.

Enfermedad Actual: PACTE CON CUADRO DE 2MESES CONSISTENTE EN AMENORREA POR LO CUAL PACTE SE TOMA GRAVINDEX EVIDENCIANDO CUADRO GESTACIONAL POR LO CUAL CONSULTA, NIOEGA CEFALEA, NO SANGRASO, NO DOLOR PELVICO, NO SINTOMAS URINARIOS, NO SINTOMAS VAGINALES.

Estado de Salud: Bueno.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(28/09/2018) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 24/07/2018, Confiabilidad: Confiable, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(28/09/2018) Tipo de método de planificación: Ninguno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 4.

**CITOLOGÍA**

(28/09/2018) Citología: No

**MAMOGRAFÍA**

(28/09/2018) Mamografía: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A1 V0 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg  
Tensión Arterial Media: 90 mmHg  
Peso: 75 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 25.95 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.91 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen ginecológico: Tacto vaginal (SE OMITI), Genitales externos (NO ALTERACIONES).

**EXÁMENES PARACLÍNICOS****EXÁMENES DE LABORATORIO**

REGISTRO MANUAL DE RESULTADOS DE LABORATORIO

(30/08/2018 12:00:00). Informe totalmente validado por el laboratorio. BHCG : 4938

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL 9SEM X FUM SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES  
Otros ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA:

Número de Control: 4.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A1 V0 M0

Diagnóstico Principal: Embarazo confirmado (Z321), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, Embarazo Primer Trimestre, 9.3 semanas.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
2. Se solicita UROANALISIS, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
3. Se solicita HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS], No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
4. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
5. Se solicita Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponemica) manual o semiautomatizada o automatizada, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
6. Se solicita UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO), No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES  
Otros ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA:

Número de Control: 4.

7. Se solicita VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
8. Se solicita EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
9. Se solicita Hemoclasificacion grupo abo y factor Rh, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
10. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
11. Se solicita RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
12. Se solicita CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.
13. Se solicita GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, No. 1, PACTE CNO CUADRO DE AMENORREA CON BHCG POSITIVA ACTUALMENTE EN ESTASO GESTACIONAL SE ORDENA ESTUDIOS CONTROL PRENATAL Y VALROCFON POR PROGRAMA POR ANTEC DE AR REUMATOIDEA, SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, SIGNSO DE ALARMA DE CONSULTA DOLRO PELVICO MARCADO, SANGRADO VAGINAL , SI CFALEA, EDEMA EN EXTERMIDADES, FIEBRE, VALROC X URGENCIAS, SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS, RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO DE RESIDUOS INSTITUCIONALES, PLAN DE EMERGENCIA Y PREVENCION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION.

Recomendación 1:

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES  
Otros ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA:

Número de Control: 4.

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SS/CITOLOGIA  
SS/ VACUNAS TOXOIDE TETANICO

RECOMENDACIONES GENERALES: TRAMITAR ESTDIO ORDENADOS  
ASISITIR A CNSULTA CONTROL PRENATRAL CON R¿PTES  
TOMAR MICRONUTRIENTS DIARIOS

SIGNOS DE ALARMA: SE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA, CONTROL DE ACUERDO EVOLUCION POR CONSULTA EXTERNA O POR URGENCIAS SI EMPEORA O PRESENTA ALGUN CAMBIO COMO FIEBRE, VOMITO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DIFICULTAD REPIRATORIA, CONVULSION, INCONCIENCIA O LETARGO, REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS, AUMENTO DE SINTOMAS O NO MEJORIA CON TRATAMIENTO MEDICO CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS CLINICA HISPANOAMERICA DE INMEDIATO,

ACTIVIDAD FÍSICA: FOMENTAR EL EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA, PRACTICAR SU DEPORTE FAVORITO ,O CAMINATA TIPO MARCHA 30 MIN/DIA

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: PAUTAS DE UNA BUENA NUTRICION, DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL Y AZUCAR DIETA BAJA EN GRASA , AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS VERDURAS Y LACTEOS, TOMAR AGUA E HIDRATRSE AL MENOS 3 VECES AL DIA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 30 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

## - ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - HÁBITOS ALIMENTARIOS

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/12/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(14/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(06/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/10/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

## - HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(21/12/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/09/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(23/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(12/12/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(14/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(06/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(12/10/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

## - HÁBITOS SEXUALES

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)  
(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

## - PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
35. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?  
: No.  
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## Antecedente Riesgo General

(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
 43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
 : No.  
 44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
 45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
 46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
 (14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
 4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
 : No.  
 5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
 7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
 8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
 9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
 10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
 11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
 12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
 : No.  
 13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
 14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
 15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
 16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
 17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
 18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
 19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
 20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
 21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
 22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
 23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
 24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
 : Nunca ha usado.  
 25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
 26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
 27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
 : No.  
 28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
 : No.  
 29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
 : No.  
 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
 31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
 32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
 33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
 34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
 : No.  
 35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
 36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
 37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
 38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
 : Si.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
- 39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
- 40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
- 41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
- 42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
- 43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
- 44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada?: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**20/05/2019 11:05:27. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Yina Marcela Pantoja Benavides. Reg. Médico. 1085319244. Enfermería.**

## IDENTIFICACION DEL USUARIO

Demanda Inducida.

No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: Teléfono: Ciudad: Vinculación:

Acompañante: Teléfono:

20/05/2019 11:05:27 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA PREPARACIÓN PARA SER PADRES Y MADRES

Fuente de remisión: IPS

## DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: Z719 - Consulta, no especificada

## GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: JACKELINE STELLA .

Descripción de la gestión: SE REALIZA LLAMADA TELEFONICA PARA INVITACIÓN A CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD A REALIZARSE EN MES DE MARZO DE 2019 EN IPS MEDFAM PASTO, USUARIA CONFIRMA ASISTENCIA

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**25/04/2019 15:42:51. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Gabriela Estephana Barahona Lopez. Reg. Médico. 1085293370. Medicina General.**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 30051636. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: " consulta posparto".

Enfermedad Actual: Paciente en postparto de 6 días, parto por cesárea del 19/04/2019, de 38 semanas de gestación, atendido en Clínica Hispanoamérica, por cesarea se obtiene producto de EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO sexo masculino y femenino, peso 3030gr, talla 51cm y 2090 gramo y 48 cm mellizos con adecuada adaptación neonatal, apgar según carne materno egresa del servicio el 21/04/2019 binomio madre y primer hijo, la recién nacida estuvo en uci por bajo peso. Al momento madre estable, sangrado vaginal escaso, adecuada técnica de lactancia materna y formula láctea niega sintomatología depresiva, refiere apoyo familiar constante, niega otra sintomatología asociada, refiere tolerar adecuadamente los alimentos. Buen patrón del sueño..

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(25/04/2019) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

**PLANIFICACIÓN**

(25/04/2019) Tipo de método de planificación: Ninguno

**CITOLOGÍA**

(25/04/2019) Citología: Si, Fecha realización citología: 11/10/2016, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(25/04/2019) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

(25/04/2019) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G3 V0 C2 E0 A1 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Pulsoximetría (SO<sub>2</sub>): 98 %  
Temperatura: 36 °C  
Peso: 76 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 26.3 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.92 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías..  
Mama: mamas turgentes sin signos de mastitis en ellas, no erosiones..  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, útero tónico infraumbilical, escaso sangrado vaginal / herida quirúrgica con buen cicatrización sin eritema sin seroma ni sangrado.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Paciente en buenas condiciones generales, adecuada evolución clínica sin deterioro, niega signos de alarma, niega alteraciones en curso, se fortalece vínculo afectivo, se explican claramente métodos anticonceptivos, beneficios, riesgos y efectos adversos bajo criterios de elegibilidad categoría 1 paciente quien ya le colocaron la inyección trimestral, se explica forma administración de método, se aclaran múltiples dudas

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G3 V0 C2 E0 A1 V2 M0

Diagnóstico Principal: Seguimiento postparto, de rutina (Z392), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.  
Diagnóstico Asociado 1: Asistencia para la anticoncepción, no especificada (Z309), en clínica hispanoamericana con inyección trimestral, Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 2: Atención y examen de madre en periodo de lactancia (Z391), Confirmado nuevo.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Se educa en derechos sexuales y reproductivos. Iniciar método de planificación para evitar embarazos tempranos, uso de preservativo como doble protección para prevención de ITS/VIH, toma de citología cada año y reclamar resultados, autoexamen de seno mensual.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

RECOMENDACIONES GENERALES: Estilos de vida saludables, cuidados con salud oral y visual, valoración odontológica, vacunación con toxoide tetánico

SIGNOS DE ALARMA: Ante signos de alarma como, sangrado vaginal, vómito, diarrea, malestar general, fiebre acudir por urgencias a clínica hispanoamericana.

ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar caminatas o cualquier tipo de ejercicio mínimo 40 minutos, 3 a 4 veces por semana

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Alimentación rica en frutas y verduras, lácteos, carnes según guías alimentarias

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****05/04/2019 08:44:27. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Luis Fernando De Los Rios Rodriguez. Reg. Médico. 98383013. Ginecología y Obstetricia.**

## IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 29548872. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: EDAD 41

O POSITIVO

CASADA

G1POVOAOCO

EMBARAZO DE 36,0 SEMANAS POR AMENORREA

EMBARAZO DE 36,0 SEMANAS POR ECOGRAFIA TEMPRANA.

Enfermedad Actual: DOLOR LUMBAR, PERCCECION ADECUADA DE MOVIMIENTOS FETALES, NO PERDIDAS VAGINALES.

MONITORIA FETAL CATEGORIA 1 SIN ACTIVIDAD UTERINA EN LOS BEBES..

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica

Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 93,3 mmHg

Peso Pregestacional: 70 Kg

Peso: 89 Kg

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 30.8 (kg/m<sup>2</sup>) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 527.78 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Superficie corporal: 2.09 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen ginecológico: Tacto vaginal (SE OMITE), Genitales externos (NORMALES).  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (36), No. de fetos (2), Situación (Transverso), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (144), Fetocardia auscultable (lat/min) (125).

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 26/03/2019 00:00:00

**Edad Gestacional**

1. Semanas Edad Gestacional: 36.0

**Análisis de Laboratorio**

1. Urocultivo: Negativo,

**Prueba rápida dual VIH-Sífilis**

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.

**OTROS PARACLINICOS**

Estudios de Radiología e Imágenes Diagnósticas

Fecha de realización: 02/04/2019 00:00:00.

Ultrasonido convencional: EMBARAZO GEMELAR BI - BI  
CEFALICO ILA NORMAL PESO 2463 GMS PERCENTIL 22  
TRASVERSO ILA NORMAL PESO 2378 GMS PERCENTIL 16  
EMBARAZO DE 35,3 SEMANAS  
FETOS SIMETRICOS DIFERENCIA DEL 4 %.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA  
EMBARAZO GEMELAR BI - BI AMIOTICO CON CRECIMIENTOS FETAL ESTABLE Y SINCRONICO  
TA NORMAL SY PARACLINICOS NORMALES  
SE ENVIA A HISPANOAMERICA PARA PROGRAMAR.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 36 semanas.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****28/03/2019 11:27:03. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Maria Patricia Meza Eraso. Reg. Médico. 36755902. Medicina General.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 29322010. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: MILTON CASTILLO Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Acompañante: MILTON CASTILLO. Motivo de consulta: CONTROL PRENATAL

ACOMPANADA DE ESPOSO.

Enfermedad Actual: GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO DE 34.6 SEMANAS POR ECOGRAFIA, ACORDE CON FUR. MANIFIESTA AHORA SENTIRSE BIEN, REFIERE REGULAR PATRON DEL SUEÑO, NO CEFALEA, NO TINITUS, NO FOSFENOS, NO EPIGASTRALGIA, NO EDEMA EN EXTREMIDADES, NO PERDIDAS VAGINALES, NO SINTOMAS URINARIOS, NO LEUCORREAS, PERCIBE MOV FETALES EN FORMA ADECUADA. ASISTIO A CONTROL CON GINECOLOGIA QUIEN ENVIA A GINECOLOGIA EN CLINICA HISPANOAMERICA PARA CONOCIMIENTO DE PACIENTE, SOLICITA PARACLINICOS Y REVISIA ECO DOPLER PLACENTARIO.

TOMA GESTAVIT 1 TAB CADA DIA, ASA 100MG CADA DIA, CALCIO 600MG CADA DIA.

TRAE REPORTE DE PARACLINICOS COMPLETOS.

TRAE AFINAMIENTO DE TA: 100/60, 110/60, 110/70, 100/60, 110/70, 110/70, 110/70, 110/70, 100/60, 110/70, 100/60, 110/70, 110/70, 110/70.

**DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No

Trastornos visuales: No

¿Ha tenido vómitos?: No

Síntomas urinarios: No

Servicio de urgencias: No

Movimientos fetales: No

Contracciones Uterinas: No

Sangrado Genital: No

¿Presenta flujo vaginal?: No

Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Daño físico embarazo: No  
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No  
Preocupada poco interés: No.**ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL**

Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0  
Edad de 16 años a 35 años: No. Puntaje: 0  
Edad mayor a 35 años: Si. Puntaje: 2  
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0  
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0  
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0  
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0  
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0  
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0  
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0  
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0  
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0  
Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0  
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0  
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0  
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0  
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0  
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0  
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0  
Mala presentación: No. Puntaje: 0  
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0  
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

**REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

**GESTACIÓN ACTUAL**Ecografía Obstétrica  
Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional**REVISIÓN POR SISTEMAS**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 81 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg  
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg  
Temperatura: 36 °C  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 86.3 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 29.86 (kg/m<sup>2</sup>) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 471.1 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Superficie corporal: 2.06 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: UTERO GRAVIDO.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Mental: ALERTA SIN DEFICIT.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (36), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Podálico), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (135), Fetocardia auscultable (lat/min) (132).

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS**

CONTROL PRENATAL

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 01/10/2018 00:00:00

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

## Edad Gestacional

1. Semanas Edad Gestacional: 34.6

## Inmunología

1. Hepatitis B Antígeno de Superficie (HBsAg) (UI/L): 0.0

## Prueba rápida dual VIH-Sífilis

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO,

Fecha de realización: 20/03/2019 00:00:00

## Edad Gestacional

1. Semanas Edad Gestacional: 34.6

## Hematología

1. Hematocrito (%): 42.3.
2. Hemoglobina (gr/dL): 13.5.
3. Plaquetas (Trombocitos) mm<sup>3</sup>: 303000

## Química Sanguínea

1. Hormona Estimulante Tiroidea (TSH) (μUI/ml): 6.4 - Observación: T4:9.7, T3: 81.
2. Proteinuria en Orina de 24 horas (mg/dl) : 90.0 - Observación: VOLUMEN URINARIO: 2500MML

## Inmunología

1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.25.
2. VDRL 3r Trimestre: No Reactiva,

## Análisis de Laboratorio

1. Parcial de Orina: Anormal, - Observación: HEMATIES EUMORFICOS 100%.
2. Urocultivo: Negativo,

## Prueba rápida dual VIH-Sífilis

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO,

## Imageneología

Fecha de realización: 20/03/2019 00:00:00

## Ecografía Obstétrica

1. Placenta: Placenta normo inserta.
2. Observaciones: FETO 1: EDAD GESTACIONAL: 34.1, PESO FETAL: 2075GR, PERCENTIL: 20, FETO 2, EDAD GESTACIONAL: 32.6 SEMANAS, PESO FETAL: 2029, PERCENTIL: 16, INDICES CEREBRO PLACENTARIOS NORMALES ( NACER).

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 34.6 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. CON BUENA EVOLUCION DE SU GESTACION, BIENESTAR BINOMIO MADRE-FETOS. PARACLINICOS FINALES NORMALES, PROTEINURIA NEGATIVA, AFINAMIENTO DE TA NORMAL, SIN EMBARGO SE RECOMIENDA TOMAS AMBULATORIAS DE TENSION ARTERIAL  
SE REMITE A CLINICA HISPANOAMERICA PARA CONTINUAR CONTROLES PRENATALES, LLEVA PARACLINICOS Y ECOGRAFIAS COMPLETAS.  
PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO PARA ESTREPTOCOCO.  
SE ASESORA EN PLANIFICACION Y NO DEFINE METODO  
SE RECUERDA IMPORTANCIA DE CONTROLES POST PARTO Y CONTROL DE RECEN NACIDO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra, Embarazo Tercer Trimestre, 34.6 semanas.

Diagnóstico Asociado 1: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción (Z300), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 2: Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z717), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 3: Embarazo doble (O300), Confirmado repetido.

**ASESORÍAS****POST\_TEST DE POST-TEST (VIH) NEGATIVO**

Asesoría Post-test: Se informa al paciente que el resultado de la prueba es negativo. Se explica claramente dicho resultado y se entrega en medio físico dejando constancia del resultado y su entrega en la historia clínica. Se resuelven todas las dudas frente a la interpretación del resultado de la prueba. Se da explicación sobre el período de ventana y la necesidad de repetir la prueba si hubo alguna exposición de riesgo en los últimos 3 meses. Se entrega/ No se entrega orden para repetir prueba de Elisa en 3 meses. Se revisan condiciones o comportamientos de riesgo y la importancia de ser modificados. Se proporciona información sobre los derechos sexuales y reproductivos. Se establece un compromiso de prevención frente a las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Se verifica la claridad de la información y se resuelven dudas e inquietudes. Tiempo de la asesoría 5 minutos. .

**Recomendación 1:****RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES:** Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

**RECOMENDACIONES GENERALES:** Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación.

Se indica a la paciente abstenerse de viajar a zonas endémicas (por debajo de 2200 mts a nivel de mar) para evitar contagio de virus de ZIKA, esto debido a las recomendaciones de la OMS, se explican posibles complicaciones.

**SIGNOS DE ALARMA:** - Edema en las extremidades.

- Vértigos.
- Cefalea.
- Dolor epigástrico.
- Trastornos visuales y auditivos.
- Cambios en la orina.
- Sangrado genital
- Disminución de movimientos fetales según la edad gestacional.
- Aumento de peso exagerado (mas de 2 kg en una semana)
- Ardor al orinar u orina fétida
- Vomito incontrolable
- Expulsión de líquido por la vagina
- Contracciones súbitas y dolorosas antes de la semana 36
- Flujo vaginal fétido y pruriginoso (que rasca)
- Fiebre

**ACTIVIDAD FÍSICA:** - Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria

- Asistir a cursos de maternidad y realizar ejercicios indicados
- Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

**RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS:** Nutrición: alimentación balanceada, horarios fijos para las comidas (no ayunos prolongados), consumir mínimo alimentos 5 veces al día: (desayuno-almuerzo- comida-medias nueves y onces) para así permitir satisfacer las demandas propias de la madre y del feto.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\*****22/03/2019 08:02:38. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Luis Fernando De Los Rios Rodriguez. Reg. Médico. 98383013. Ginecología y Obstetricia.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 29185525. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: EDAD 41

O POSITIVO

CASADA

G1POV0A0C0

EMBARAZO DE 34,0 SEMANAS POR AMENORREA

EMBARAZO DE 34,0 SEMANAS POR ECO TEMPRANA FPP 3 DE MAYO.

Enfermedad Actual: ASINTOMATICA EN EL MOMENTO, NO PERDIDAS VAGINALES, PERCECION ADECUADA DE MOVIMIENTOS FETALES AFINAMIENTO NORMAL .

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica

Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 90 mmHg

Peso Pregestacional: 70 Kg

Peso: 86 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22

Índice de Masa Corporal: 29.76 (kg/m2) Sobre peso para la edad gestacional

Ganancia de peso: 470.59 gramos por semana - Fuera de lo esperado

Superficie corporal: 2.05 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones,

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen ginecológico: Tacto vaginal (SE OMITE), Genitales externos (NORMALES).  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (36), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Podálico), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (144), Fetocardia auscultable (lat/min) (134).

**OTROS PARACLINICOS**

Estudios de Radiología e Imágenes Diagnósticas

Fecha de realización: 20/03/2019 00:00:00.  
Ultrasonido convencional: FETO N1 CEFALICO ILA NORMAL PLACENTA NORMAL PESO 2075 GMS PERCENTIL 20  
DOPLER FETAL NORMAL  
FETO N 2 PODALICO ILA NORMAL PESO 2029 GMS PERCENTIL 16  
DOPLER FETAL NROMAL  
EMBARAZO DE 34 SEMANAS BIOEMTRIA ACORDE..

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDADA MATERNA  
GEMELAR BI - BI CON CRECIMIENTOS FETAL CONCORDANTE Y SIMETRICA CON DOPLER FETAL NROMAL QUE DESCARTA PATLOGIA  
PROPIA DE EMBARAZO GEMELAR  
HTA NORMAL Y PROTEINURIA NEGATIVA  
SS UROCULITVO Y MONITORIA FETAL PORQUE PARCIAL DE ORINA HEMATURIA QUE PUEDE SE SIGNOS DE ACTIVDAD UTERINA Y  
CONTAMINADO  
SINGOS DE ALARMA  
RECOMEDACIONES  
CITA ABIERTA  
CONTROL EN 2 SEMANAS

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 34 semanas.

Diagnóstico Asociado 1: Falso trabajo de parto antes de la 37 semanas completas de gestacion (O470), Confirmado nuevo.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO), No. 1, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDADA MATERNA  
GEMELAR BI - BI CON CRECIMIENTOS FETAL CONCORDANTE Y SIMETRICA CON DOPLER FETAL NROMAL QUE DESCARTA PATLOGIA  
PROPIA DE EMBARAZO GEMELAR  
HTA NORMAL Y PROTEINURIA NEGATIVA  
SS UROCULITVO Y MONITORIA FETAL PORQUE PARCIAL DE ORINA HEMATURIA QUE PUEDE SE SIGNOS DE ACTIVDAD UTERINA Y  
CONTAMINADO  
SINGOS DE ALARMA  
RECOMEDACIONES  
CITA ABIERTA  
CONTROL EN 2 SEMANAS.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

2. Se solicita Monitoria fetal anteparto, No. 2, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDADA MATERNA GEMELAR BI - BI CON CRECIMIENTOS FETAL CONCORDANTE Y SIMETRICA CON DOPLER FETAL NORMAL QUE DESCARTA PATOLOGIA PROPIA DE EMBARAZO GEMELAR HTA NORMAL Y PROTEINURIA NEGATIVA SS UROCULTIVO Y MONITORIA FETAL PORQUE PARCIAL DE ORINA HEMATURIA QUE PUEDE SE SIGNOS DE ACTIVIDAD UTERINA Y CONTAMINADO SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES CITA ABIERTA CONTROL EN 2 SEMANAS.

**PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA**

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 10 día(s) desde 25/03/2019 hasta 03/04/2019. (O470 Falso trabajo de parto antes de la 37 semanas completas de gestacion).

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****13/03/2019 09:13:02. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Luis Fernando De Los Rios Rodriguez. Reg. Médico. 98383013. Ginecología y Obstetricia.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 28915671. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1  
Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.  
Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación:  
Contributivo  
Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.  
Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: EDAD 41

O POSITIVO

CASADA

G1POV0A0C0

EMBARAZO DE 32,5 SEMANAS POR AMENORREA

EMBARAZO DE 32,5 SEMANAS POR ECO TEMPRANA

FPP 3 DE MAYO.

Enfermedad Actual: DOLOR PELVICO, EPIGASTRALGIA, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, SANGRADO VAGINAL ESCASO, PERCECION ADECUADA DE MOVIMIENTOS FETALES..

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica

Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 86 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 29.76 (kg/m<sup>2</sup>) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 492.31 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Superficie corporal: 2.05 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen ginecológico: Tacto vaginal (SE OMITE), Genitales externos (NORMALES).  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (34), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Cefálico), Presentación (Podálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (144), Fetocardia auscultable (lat/min) (144).

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 18/02/2019 00:00:00

**Edad Gestacional**

1. Semanas Edad Gestacional: 32.5

**Análisis de Laboratorio**

1. Parcial de Orina: Contaminado.  
2. Urocultivo: Negativo,

**Prueba rápida dual VIH-Sífilis**

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.

**OTROS PARACLINICOS**

Estudios de Radiología e Imágenes Diagnósticas

Fecha de realización: 05/03/2019 00:00:00.

Ultrasonido doppler: BICORIAL BI AMINOTICO FETO N 1 PESO 1669 GMS PERCENTIL 20  
DOPLER FETLA NROAL  
FETO N 2 PSO 1643 PERCENTIL 17  
DOPLER FETAL NORMAL  
CRECIMIENTOS CONCORDANTE CON DOPLER FETAL NORMAL ..

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA  
GEMELAR BI - BI CON CRECIMIENTOS CONCORDANTE Y SIMÉTRICOS Y DOBLE R FETAL NORMAL  
SOSPECHA DE ELEVACIÓN DE TA SS AFINAMIENTO Y PARACLÍNICOS  
SS ECO MAS DOPPLER FETAL CADA 2 SEMANAS  
SE CONTINUA IGUAL MEDICACIÓN CALCIO Y ASA  
INCAPACIDAD LABORAL  
CONTROL CON RESULTADOS

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra, Embarazo Tercer Trimestre, 32.5 semanas.

Diagnóstico Asociado 1: Preeclampsia, no especificada (O149), Confirmado nuevo.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA, No. 1, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA

GEMELAR BI - BI CON CRECIMIENTOS CONCORDANTE Y SIMÉTRICOS Y DOBLE R FETAL NORMAL  
SOSPECHA DE ELEVACIÓN DE TA SS AFINAMIENTO Y PARACLÍNICOS  
SS ECO MAS DOPPLER FETAL CADA 2 SEMANAS  
SE CONTINUA IGUAL MEDICACIÓN CALCIO Y ASA  
INCAPACIDAD LABORAL  
CONTROL CON RESULTADOS.

2. Se solicita PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS, No. 1, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA

GEMELAR BI - BI CON CRECIMIENTOS CONCORDANTE Y SIMÉTRICOS Y DOBLE R FETAL NORMAL  
SOSPECHA DE ELEVACIÓN DE TA SS AFINAMIENTO Y PARACLÍNICOS  
SS ECO MAS DOPPLER FETAL CADA 2 SEMANAS  
SE CONTINUA IGUAL MEDICACIÓN CALCIO Y ASA  
INCAPACIDAD LABORAL  
CONTROL CON RESULTADOS.

**PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA**

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 10 día(s) desde 14/03/2019 hasta 23/03/2019. (O149 Preeclampsia, no especificada).

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**12/03/2019 11:53:20. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: María Patricia Meza Eraso. Reg. Médico. 36755902. Medicina General.**

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

Admisión No. 28887908. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Teléfono: 0.

Acompañante: MILTON CASTILLO Teléfono:

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Acompañante: MILTON CASTILLO. Motivo de consulta: CONTROL PRENATAL ACOMPAÑADA DE ESPOSO.

Enfermedad Actual: GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO DE 32.4 SEMANAS POR ECOGRAFIA, ACORDE CON FUR. REFIERE QUE SE SIENTE MAS CANSADA, HA PRESENTADO DOLOR LUMBAR, MEJORA CON REPOSO, NO CALAMBRES, NO AMORTIGUAMIENTO, NO PERDIDAS VAGINALES, SIN EMBARGO EL 18/02/2019 ASISTE A CLINICA HISPANOAMERICA POR "MANCHADO CAFE EN ROPA INTERIOR ", SE TOMA PARACLINICOS, SE DESCARTA PROCESO INFECCIOSO, SE TOMA ECOGRAFIA DONDE SE DESCARTA ALTERACIONES FETALES. TOMA GESTAVIT 1 TAB CADA DIA, CALCIO 600MG CADA DIA Y ASA 100MG CADA DIA. PERCIBE EN FORMA ADECUADA MOV FETALES.

**DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No  
Trastornos visuales: No  
¿Ha tenido vómitos?: No  
Síntomas urinarios: No  
Servicio de urgencias: Si  
Características: MANCHADO OSCURO EN ROPA INTERIOR  
Movimientos fetales: No  
Contracciones Uterinas: No  
Sangrado Genital: No  
¿Presenta flujo vaginal?: No  
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No  
Daño físico embarazo: No  
Relaciones sexuales forzadas: No

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No  
Preocupada poco interés: No.

**ESCALA DE RIESGO BIOPICOSOCIAL**

Historia Reproductiva

Edad menor a 16 años: No. Puntaje: 0  
Edad de 16 años a 35 años: No. Puntaje: 0  
Edad mayor a 35 años: Si. Puntaje: 2  
Paridad 0 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad de 1 a 4 partos: No. Puntaje: 0  
Paridad mayor de 4 partos: No. Puntaje: 0  
Embarazo gemelar / Cesárea previa: No. Puntaje: 0  
Preclampsia o Hipertensión: No. Puntaje: 0  
Abortos recurrentes o infertilidad: No. Puntaje: 0  
Hemorragia post parto o remoción manual placenta: No. Puntaje: 0  
Peso al nacer Hijo < 2,5 kg (2500 gr) o > 4,0 kg (4000 gr): No. Puntaje: 0  
Muerte fetal tardía / neonatal Temprana: No. Puntaje: 0  
Trabajo de parto anormal / Parto difícil: No. Puntaje: 0  
Cirugía ginecológica previa: No. Puntaje: 0

Embarazo actual

Enfermedad renal crónica: No. Puntaje: 0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Diabetes gestacional: No. Puntaje: 0  
Diabetes mellitus Preconcepcional: No. Puntaje: 0  
Hipertensión arterial: No. Puntaje: 0  
Anemia Hb < 10 gr/dl: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal antes de la semana 20: No. Puntaje: 0  
Hemorragia vaginal en la semana 20 o más: No. Puntaje: 0  
Embarazo prolongado (42 semanas): No. Puntaje: 0  
Polihidramnios / Oligoamnios: No. Puntaje: 0  
Embarazo múltiple: No. Puntaje: 0  
Mala presentación: No. Puntaje: 0  
Isoinmunización Rh: No. Puntaje: 0

Riesgo Biopsicosocial

Ansiedad severa: No. Puntaje: 0  
Soporte social familiar inadecuado: No. Puntaje: 0

TOTAL PUNTAJE: 2

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Herrera J.A., Ersheng G.E., Shahabuddin AKM, Lixia D., Wei Y., et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica 2.006, (37),2 Supl 1.

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica  
Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg  
Tensión Arterial Media: 96.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 130 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg  
Temperatura: 36 °C  
Peso: 86.6 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 29.97 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional  
Superficie corporal: 2.06 m2

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No masas, no dolor, pezones con forma adecuada, simétricas.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: UTERO GRAVIDO, NO DOLOROSO.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Mental: Eulalica, eutimica, euprosexica, pensamiento lógico, sin ideas delirantes o suicidas, memoria de largo, mediano y corto plazo conservada, calculo normal.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (36), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Podálico), Presentación (Podálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (144), Fetocardia auscultable (lat/min) (137).

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL. SE RECUERDA SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA INMEDIATA

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION

PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA

CITA EN 2 SEMANAS

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 31.1 semanas.

Diagnóstico Asociado 1: Embarazo doble (O300), Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z114), Impresión diagnóstica.

**ASESORÍAS**

PRE\_TEST DE PRE-TEST (VIH)

Asesoría Pre-test: Se explica el motivo de solicitud de la prueba. Se interrogan antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual o de accidente biológico así como de comportamientos sexuales o sociales de riesgo. Se identifica si usa Piercing o tatuajes. Se evalúa si cuenta con una red de apoyo. Se indaga sobre lo que haría en caso de ser VIH (+) y sobre a quién(es) contaría dicho resultado. Se identifica si presenta síntomas sugestivos de inmunodeficiencia. Se informa la historia del VIH, sus formas de transmisión y el proceso para su diagnóstico. Se explica la importancia de realizar la prueba y las consecuencias positivas y negativas de la misma. Se informa su caracter confidencial y la importancia de reclamar su resultado explicando claramente el significado de las posibles opciones e insistiendo en la necesidad de repetir la prueba en caso de que sea positiva. Se indican los lugares donde puede conseguir más información. Se informa sobre los derechos sexuales y reproductivos. Se explica y se firma el consentimiento informado..

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO, No. 1, GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION

PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA.

2. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, GESTANTE QUE

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION  
PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA.

3. Se solicita UROANALISIS, No. 1, GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION  
PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA.

4. Se solicita VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS, No. 1, GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION  
PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA.

5. Se solicita Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponemica) manual o semiautomatizada o automatizada, No. 1, GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION  
PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA.

6. Se solicita CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES, No. 1, GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO- BICORIONICO DE 32.4 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMAS DE ALARMA, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA ALZA DE PRESION CON RESPECTO A CONTROLES ANTERIORES, SE SUGIERE TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSION ARTERIAL

COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION  
PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA.

**Recomendación 1:**

**RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES:** Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

**RECOMENDACIONES GENERALES:** Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación.

Se indica a la paciente abstenerse de viajar a zonas endémicas (por debajo de 2200 mts a nivel de mar) para evitar contagio de virus de ZIKA, esto debido a las recomendaciones de la OMS, se explican posibles complicaciones.

**SIGNOS DE ALARMA:** Sangrado vaginal, dolor de cabeza intenso y persistente, ardor al orina u orina fétida, vomito incontrolable, dolor intenso en la boca del estómago, disminución o ausencia de los movimientos fetales (aplica a partir de semana 21) expulsión de líquido por la vagina, contracciones súbitas y dolorosas del útero, flujo vaginal fétido o que rasque, o en cantidad mayor de lo normal.

Ante la presencia de uno de estos signos acudir por urgencias a Clínica Hispanoamericana.

**ACTIVIDAD FÍSICA:** - Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria

- Asistir a cursos de maternidad y realizar ejercicios indicados
- Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

**RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS:** Nutrición: alimentación balanceada, horarios fijos para las comidas (no ayunos prolongados), consumir mínimo

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

alimentos 5 veces al día: (desayuno-almuerzo- comida-medias nueves y onces) para así permitir satisfacer las demandas propias de la madre y del feto.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****08/02/2019 12:28:10. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)  
Datos del profesional de la salud: Maria Patricia Meza Eraso. Reg. Médico. 36755902. Medicina General.**

## IDENTIFICACION DEL USUARIO

Admisión No. 28012191. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1  
Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo  
trabajadores asimilados.  
Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación:  
Contributivo  
Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.  
Acompañante: MILTON CASTILLO Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.  
Acompañante: MILTON CASTILLO. Motivo de consulta: CONTROL PRENATAL  
ACOMPANADA DE ESPOSO.  
Enfermedad Actual: GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR DE 28 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. REFIERE QUE HA  
PRESENTADO DOLOR LUMBAR, REFIERE REGULAR PATRON DEL SUELO POR DOLOR LUMBAR, NO PERDIDAS VAGINALES, NO SINTOMAS  
URINARIOS, NO SINTOMAS DE ALARMA, NO PRE-CONVULSIVOS, PERCIBE EN FORMA ADECUADA MOV FETALES.  
ASISTIO A TX FISICA APROX 5 SESIONES CON MEJORIA ESCASA, SIN EMBARGO GINECOLOGIA NO RECOMIENDA ESTE MANEJO POR RIESGO  
DE PARTO PRETERMINO.  
TOMA GESTAVIT 1 TAB CADA DIA.  
COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION.  
TRAE REPORTE DE PARACLINICOS PENDIENTES.

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica  
Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Temperatura: 36 °C  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 82.2 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 28.44 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 435.71 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Superficie corporal: 2 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No masas, no dolor, pezones con forma adecuada, simétricas.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: UTERO GRAVIDO, NO DOLOROSO.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Mental: Eulalica, eutímica, euprosexica, pensamiento lógico, sin ideas delirantes o suicidas, memoria de largo, mediano y corto plazo conservada, calculo normal.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.  
Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (32), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Podálico), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (157), Fetocardia auscultable (lat/min) (138).

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

## Examen de Laboratorio

Fecha de realización: 30/01/2019 00:00:00

## Edad Gestacional

1. Semanas Edad Gestacional: 28.0

## Hematología

1. Hematocrito (%): 39.8.
2. Hemoglobina (gr/dL): 13.2.
3. Plaquetas (Trombocitos) mm3: 335000

## Química Sanguínea

1. Tolerancia a la Glucosa pre (mg/dl): 81.0.
2. Tolerancia a la Glucosa 1 Hora (mgr/dl): 168.0.
3. Tolerancia a la Glucosa 2 horas (mg/dl): 108.0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

**Inmunología**

1. Anticuerpos Anti-Toxoplasma Gondii IgM (UI/ml): 0.14.
2. VDRL 2o Trimestre: No Reactiva,

**Análisis de Laboratorio**

1. Parcial de Orina: Anormal, - Observación: BACTERIAS ++

**Prueba rápida dual VIH-Sífilis**

1. Nombre de la prueba dual VIH-Sífilis: SD BIOLINE VIH/SIPHILIS DUO.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

GESTANTE QUE CURSA CON EMBARAZO GEMELAR DE 28 SEMANAS POR FUR, ACORDE CON ECOGRAFIA. ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN SINTOMAS DE ALARMA, FETOS CON ADECUADO CRECIMIENTO, CON PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE EVIDENCIA HIPOGLICEMIA TRAS 3 HORAS DE INGESTA, SE RECOMIENDA DIETA FRACCIONADA Y BAJA EN AZUCARES. PENDIENTE CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA CON ECOGRAFIA DE CIRCULACION PLACENTARIA. COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION. REALIZO CURSO DE PREPARACION PARA MATERNIDAD EN EL MES DE ENERO  
GANANCIA DE PESO DESDE EL INICIO DE EMBARAZO: 12KG  
CITA EN UN MES

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra, Embarazo Tercer Trimestre, 28 semanas.

**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis:

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda
- Lavar profusamente los vegetales que se comerán crudos
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar tierra
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con concentrados para este tipo de animales
- Usar guantes mientras limpia la arena del gato y lavarse las manos después de terminar de hacerlo

RECOMENDACIONES GENERALES: Evacuar vejiga cada vez que sea necesario para así evitar infecciones urinarias que pueden complicar el curso de la gestación.

Se indica a la paciente abstenerse de viajar a zonas endémicas (por debajo de 2200 mts a nivel de mar) para evitar contagio de virus de ZIKA, esto debido a las recomendaciones de la OMS, se explican posibles complicaciones.

SIGNOS DE ALARMA: Sangrado vaginal, dolor de cabeza intenso y persistente, ardor al orina u orina fétida, vomito incontrolable, dolor intenso en la boca del estómago, disminución o ausencia de los movimientos fetales (aplica a partir de semana 21) expulsión de líquido por la vagina, contracciones súbitas y dolorosas del útero, flujo vaginal fétido o que rasque, o en cantidad mayor de lo normal.  
Ante la presencia de uno de estos signos acudir por urgencias a Clínica Hispanoamericana.

ACTIVIDAD FÍSICA: - Adoptar posturas adecuadas durante jornadas de trabajo y vida diaria

- Asistir a cursos de maternidad y realizar ejercicios indicados
- Se recomienda que por 2 horas de pie un descanso de 5 a 10 minutos

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Nutrición: alimentación balanceada, horarios fijos para las comidas (no ayunos prolongados), consumir mínimo alimentos 5 veces al día: (desayuno-almuerzo- comida-medias nueves y onces) para así permitir satisfacer las demandas propias de la madre y del feto.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****06/02/2019 11:18:13. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Luis Fernando De Los Rios Rodriguez. Reg. Médico. 98383013. Ginecología y Obstetricia.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 27938285. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: EDAD 41

O POSITIVO

UNION LIBRE

G1POVOAOC1,

EMBARAZO DE 27,5 SEMANAS POR AMENORREA

EMBARAZ&lt;O DE 27,5 SEMANAS POR ECO TEMRPANA FPP5 DE MARZO

BI - BI.

Enfermedad Actual: DOLOR LUMBAR, NO PERDIDAS VAGINALES, PERCECION ADECUADA DE MOVIMIENTOS FETALES.

ECO DE DETALLE ANATOMICO ANATOMIA NORMAL

PESO FETAL DE 335 GMS

EMBARAZO DE 20,1 SEMANAS

TAMIZAJE GENETICO RIESGO BAJO DE PREECLAMPSIA

CRECIMIENTO CONCORDANTE

HEMOGRAMA NORMAL

CURVA DE GLUCOSA NORMAL

VRDL NR

TOXO IG M NEGATIVO

PARCIAL DE ORINA NORMAL

UROCULTIVO NEGATIVO.

**GESTACIÓN ACTUAL**

Ecografía Obstétrica

Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 90 mmHg

Peso Pregestacional: 70 Kg

Peso: 82 Kg

Talla: 1.7 m

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 28.37 (kg/m2) Sobrepeso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 436.36 gramos por semana - Fuera de lo esperado  
Superficie corporal: 2 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

Examen ginecológico: Tacto vaginal (SE OMITE), Genitales externos (NORMALES).

Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (33), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Podálico), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (144), Fetocardia auscultable (lat/min) (134).

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA

GEMELAR BI - BI

SE EXPLICA RIESGOS Y ACLARAN DUDAS

SINGOS DE ALARMA

RECOMENDACIONES

CITA ABIERTA

CONTROL EN 4 SEMANAS

Diagnóstico Principal: Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion (Z359), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , Embarazo Tercer Trimestre, 27.5 semanas.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL, No. 1, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA

GEMELAR BI - BI

SE EXPLICA RIESGOS Y ACLARAN DUDAS

SINGOS DE ALARMA

RECOMENDACIONES

CITA ABIERTA

CONTROL EN 4 SEMANAS.

2. Se solicita UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO), No. 1, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA

GEMELAR BI - BI

SE EXPLICA RIESGOS Y ACLARAN DUDAS

SINGOS DE ALARMA

RECOMENDACIONES

CITA ABIERTA

CONTROL EN 4 SEMANAS.

3. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, ARO POR PRIMIGESTANTE Y EDAD MATERNA  
GEMELAR BI - BI  
SE EXPLICA RIESGOS Y ACLARAN DUDAS  
SINGOS DE ALARMA  
RECOMENDACIONES  
CITA ABIERTA  
CONTROL EN 4 SEMANAS.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****15/01/2019 18:03:33. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Silvia Maria Moncayo Rincon. Reg. Médico. 1018436360. Nutricion Humana.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Contrarreferencia.

Admisión No. 27352410. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA**

Anamnesis nutricional: Se realiza anamnesis alimentaria encontrando adecuada adherencia al plan de alimentación y recomendaciones nutricionales establecidas

Adicionalmente presenta Estreñimiento

Observaciones: D: AVENA CON LECHE DESLACTOSADA+2 HUEVO COCIDO MM: FRUTA Y NUECES MM2: LECHE CON GALLETAS INTEGRALES

A:SOPA + ARROZ+PAPA+POLLO O CARNE/PESCADO+ENSALADA + AGUA MT: FRUTA O AVENA O YOGURT FINISS / FRUTOS SECOS

C:ARROZ+MUSLO DE POLLO/CARNE O SOPA.

Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

Peso actual: 82.1 kg.

Talla: 1.76 m.

Índice de masa corporal: 26.5(kg/m2) - -Sobrepeso

Peso pre-gestacional: 73 kg.

IMC pre-gestacional: 23

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD, CON 24 SEMANAS DE GESTACION, EM,BARAZO GEMELAR, ACTUALMENTE CONSUMIENDO 1 CAPSULA DE GESTAVIT DHA. SEGUN VALORACION ANTROPOMETRICA SE EVIDENCIA AUMENTO DE PESO ADECUADO, SEGUN ANAMNESIS ALIMENTARIA SE EVIDENCIA ALTO CONSUMO DE ALIMENTOS, CONSUMO ADECUADO DE FRUTAS Y VERDURAS, SE DA EDUCACION NUTRICIONAL Y RECOMENDACIONES.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial para trastornos de la nutrición (Z132), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación Nutricional: Normal, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**PLAN DE MANEJO - DIETA**

Normal.

## Recomendación 1:

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: ¿ Multivitamínicos con hierro: (30g) 1 comprimido al día en el primer trimestre y 2 comprimidos al día en el segundo y tercer trimestre.

¿ Calcio: En el primer trimestre 1500 mg/día y en el 2º y 3º trimestre 2500 mg/día.

¿ Vitamina D: En el 1º, 2º y 3º trimestre deben ingerirse 1000 UI al día.

¿ Magnesio: 400 mg al día en el primer trimestre y 800 mg/día en el 2º y 3º trimestre.

¿ Zinc: 10 mg al día en el primer trimestre y 30 mg al día en el segundo y tercer trimestre.

¿ Omega 3 (DHA/EPA): Desde el primer trimestre y durante todo el embarazo se recomienda ingerir entre 300 a 500 mg al día.

¿ Ácido fólico: En todo el embarazo, los tres trimestres, se recomienda la toma 1 mg de esta vitamina, la B9.

¿ Vitamina C: En el primer, segundo y tercer trimestre de gestación se recomienda tomar entre 100 y 500 mg.

¿ Vitamina E: Se recomienda tomar 400 UI en todo el embarazo.

## Recomendación 2:

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: REFLUJO GASTROESOFAGICO Y HERNIA HIATAL

¿ No dormir antes de que hayan pasado 3 horas desde la última comida ya que la posición horizontal durante la digestión favorecerá el reflujo.

¿ Dormir ligeramente incorporado, por ejemplo apoyándonos en dos almohadas. Esto dificultará el retorno del contenido gástrico al estómago.

¿ Llevar ropa holgada para evitar presiones sobre el abdomen.

¿ Al agacharse para coger algo del suelo, debe doblar las rodillas y no la cintura.

¿ Intentar reducir el estrés o los momentos que nos causen estrés con terapias relajantes (yoga, meditación, plantas relajantes). El estrés genera ácido gástrico aunque no hayamos comido nada lo cual, puede provocar más molestias y daño en el estómago y el esófago.

¿ No realizar ejercicio físico intenso pues puede favorecer la producción de ácido gástrico. De todos modos, el ejercicio físico moderado durante un mínimo de 30 minutos al día, si no es justo después de comer, está recomendado y, además, nos ayudará a bajar de peso en caso necesario.

¿ Reducir el peso siempre que sea necesario. Esta es una de las medidas más importantes ya que aligerará la presión en el abdomen y facilitará una mejora de los síntomas.

¿ Evitar las comidas copiosas. Todos los excesos dificultarán la digestión, harán que el alimento permanezca más tiempo en el estómago y facilitarán el reflujo. Por tanto, la solución será comer comidas ligeras unas 5 veces al día, comer lentamente y masticar bien los alimentos.

¿ No comer nada, aunque sea líquido, antes de acostarnos. Como se ha dicho anteriormente debes intentar cenar de 2 a 3 horas antes de ir a la cama.

¿ Cocinar de manera suave (hervido, vapor, horno) y evitar los fritos o rebozados. ¡Vigilar con los alimentos hechos a la plancha! Si éstos se queman, pueden irritar el estómago cuando los comamos.

¿ Evita los alimentos con temperaturas extremas, o muy calientes o muy fríos, ya que esto puede favorecer la irritación.

¿ Se deben reducir o eliminar los alimentos muy grasos y también los alimentos picantes o muy salados. Por tanto, evita o toma moderadamente y en pequeñas cantidades las salsas con base de crema de leche o aceite, el pescado frito o salado, los quesos curados o lácteos enteros, las carnes grasas, los embutidos, las vísceras, los productos de bollería o el chocolate.

¿ También debemos eliminar o reducir al máximo ciertas bebidas que estimulan la secreción gástrica como el alcohol, las bebidas carbonatadas, el té o el café.

¿ Se deben limitar los alimentos ácidos sobre todo a la hora de la cena.

¿ Ciertos alimentos o condimentos como el ajo, la cebolla o el pimiento (sobre todo crudos).

¿ Para sustituir los lácteos enteros consume lácteos descremados o bajos en grasa.

¿ También es preferible elegir carnes poco grasas como el pavo o el pollo y pescados blancos, aunque, podemos tomar pescado azul de manera moderada y ver su tolerancia.

¿ Por otro parte para hidratarlos podemos beber agua, infusiones suaves como el romero o la sabia (las infusiones de menta en ocasiones pueden generar molestias), caldos o jugos no ácidos.

¿ En cuanto a las frutas es preferible tomar las frutas maduras, al horno o en compota, ya que en estos casos disminuyen su acidez.

¿ Por último, aunque la grasa y las salsas estén desaconsejadas, se puede tomar con moderación la mayonesa light o la margarina, aunque para cocinar lo más adecuado es el aceite de oliva.

¿ Consuma Agua con limón regularmente durante el día.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

- ¿ Consuma Aloe Vera, licuado con agua con limón
- ¿ Vinagre de cidra de manzana, 1 cdita antes de cada comida.
- ¿ EVITE: Productos de panadería, Pasta, Pasta de tomate, Maní, Sopas, Vinos, Embutidos (composición química), Bebidas azucaradas.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****11/01/2019 17:35:25. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Ricardo Garzon Lopez. Reg. Médico. 1085255760. Medicina General.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Admisión No. 27263280. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1  
Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.  
Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación:  
Contributivo  
Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.  
Acompañante: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.  
Acompañante: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES. Motivo de consulta: CONTROL PRENATAL .  
Enfermedad Actual: paciente de 40 años con embarazo en curso de mellizos , de 24 semanas presentando dolor en region lumbar , paciente a presentado dolor en hipogastrio ocasional , niega sangrado , vaginal a presentado leucorrea blanco escaso no fetido , sin prurito , niega síntomas urinarios, niega emesis , tolera adecuadamente micronutrientes y alimentación es balanceada , ya persibe movimientos feyales niega síntomas premonitroios .

**DATOS DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Síntomas de Riesgo

Cefaleas severas: No  
Trastornos visuales: No  
¿Ha tenido vómitos?: No  
Síntomas urinarios: No  
Servicio de urgencias: No  
Movimientos fetales: No  
Contracciones Uterinas: No  
Sangrado Genital: No  
¿Presenta flujo vaginal?: Si  
Características: blanco escaso no fetido  
Amniorrea: No

Tamización de violencia intrafamiliar

Daño físico último año: No  
Daño físico embarazo: No  
Relaciones sexuales forzadas: No

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Tamización para depresión

Triste/deprimida: No  
Preocupada poco interés: No.**GESTACIÓN ACTUAL**Ecografía Obstétrica  
Primer Control: 12/10/2018, 11 semanas de Edad gestacional**REVISIÓN POR SISTEMAS**Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg  
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg  
Pulsioximetría (SO<sub>2</sub>): 97 %  
Temperatura: 36 °C  
Peso Pregestacional: 70 Kg  
Peso: 79.8 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal Pregestacional: 24.22  
Índice de Masa Corporal: 27.61 (kg/m<sup>2</sup>) Sobre peso para la edad gestacional  
Ganancia de peso: 408.33 gramos por semana  
Superficie corporal: 1.97 m<sup>2</sup>**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Mental: Eulalica, eutímica, euprosexica, pensamiento lógico, sin ideas delirantes o suicidas, memoria de largo, mediano y corto plazo conservada, calculo normal.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Piel y Faneras: Normal.

Examen obstétrico: Altura uterina (cm) (28), No. de fetos (2), Situación (Longitudinal), Situación (Longitudinal), Presentación (Podálico), Presentación (Cefálico), Fetocardia auscultable (lat/min) (150), Fetocardia auscultable (lat/min) (140), Observaciones: paciente utero garvido sin actividad uterina con feto 1 vivo posalico feto 2 cefalico vivo .

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CONTROL PRENATAL**

Imageneología

Fecha de realización: 12/12/2018 00:00:00

**Ecografía Obstétrica**

1. Edad Gestacional Ecografía Obstétrica (Sem): 20.1.
2. Placenta: Placenta normo inserta.
3. Presentación: Cefálico.
4. Restricción de crecimiento intrauterino: No.
5. Malformaciones: No.
6. Peso Total Estimado (g): 334.
7. Anomalías: No.
8. Observaciones: feto 1 masculino FETO 2 FEMENINO FCF 145 / 147 RESPECTIVAMENTE , PESO 335 Y 334 RESPECTIVAMENTE , LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL PERCENTIL DE CRECIMIENTO FETO 1 24 FETO 2 20 , FETO 1 PLACENTA ANTERIORE GRADO I FETO 2 PLACENTA POSTERIOR GRADO I.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE DE 40 AÑOS CON ALTO RIESGO POR PRIMIGESTANTE CON EMBRAZO GEMELAR AÑOSA , AL MOMENTO CON BIENSTAR MATERNO Y DE FETOS , A PRESENTADO DOLOR LUMBAR SE DA MANEJO CON ANALGESICOS Y TERAPIA FISICA , SE DEJA IGUAL DOSIS DE MICRONUTRIENTES , TRAE ECOGRAFIA DE DETALLE ANATOMICO , REPORTA CRECIMIENTO FETAL NORMAL LIQUIDOP AMNIOTICO NORMAL , EN ESPERA DE REALIZAR PARACLINICOS DE SEGUNDO TRIMESTRE SE DEBE HACER CONTROL DE TOXOPLASMA IGM POR IGG NEGATIVO , SE REMITE A VACUNACION LAS 26 SEMANAS , SE DEBE SEGUIR DIETA DE NUTRICION Y SE DEBE SEGUIR CONTROLES DE ODONTOLOGIA , SE REMITE A CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA , SE LLAMA A CONTROL EN 1 MES ,

Diagnóstico Principal: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359), Tiempo Evolución: 24 Semana(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra , Embarazo Segundo Trimestre, 24 semanas.

Diagnóstico Asociado 1: Lumbago no especificado (M545), Tiempo Evolución: 1 Mese(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado nuevo.

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Acido Acetilsalicílico 100mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
2. Vitamina B1 (Tiamina) 300mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
3. Acetaminofen 500 mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 6 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 40, Número de entregas: 1

**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Hierro (Ferroso) Sulfato 300mg (Hierro elemental 60mg) Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 11/01/2019- 11/04/2019,
2. Calcio carbonato 1500Mg (Equivale a 600Mg Calcio Base) Tab: Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 11/01/2019- 11/04/2019,
3. Ácido Fólico 1 mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 11/01/2019- 11/04/2019,

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita TERAPIA FISICA INTEGRAL, No. 10, PACOENTE DE 40 AÑOS CON ALTO REISGO POR PRIMIGESTANTE CON EMBRAZO GEMELAR AÑOSA, AL MOMEMNTO CON BIENSTAR MATERNO Y DE FETOS, A PRESENTADO DOLOR LUMBAR SE DA MANEJO CON ANALGESISICOS Y TERAPIA FISICA, SE DEJA IGUAL DOSIS DE MICRONUTRNTES, TRAE ECOGRAFIA DE DETALLEA AANTOMICO, REPROTA CRECIMIENTO FETAL NORMLA LIQUIDOP AMNIOTICO NORMAL, EN ESPERA DE REALIZAR PARACLINICOS DE SEGUNDO TRIMESTRE SE DEEB HACE CONTROL,DE TOXOPLASMA IGM POR IGG NEGATIVO, SE REMITE A VACUNACIONA LAS 26 SEMANAS, SE DEBE SEGUIR DIETA DE NUTRICION Y SE DEBE SE GUIR CONTROLES DE ODODONTOLGOIA, SE REMITE A CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA, SE LLAMA A CONTROL EN 1 MES,, lumbago en paciente gestante .

2. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO, No. 1, PACOENTE DE 40 AÑOS CON ALTO REISGO POR PRIMIGESTANTE CON EMBRAZO GEMELAR AÑOSA, AL MOMEMNTO CON BIENSTAR MATERNO Y DE FETOS, A PRESENTADO DOLOR LUMBAR SE DA MANEJO CON ANALGESISICOS Y TERAPIA FISICA, SE DEJA IGUAL DOSIS DE MICRONUTRNTES, TRAE ECOGRAFIA DE DETALLEA AANTOMICO, REPROTA CRECIMIENTO FETAL NORMLA LIQUIDOP AMNIOTICO NORMAL, EN ESPERA DE REALIZAR PARACLINICOS DE SEGUNDO TRIMESTRE SE DEEB HACE CONTROL,DE TOXOPLASMA IGM POR IGG NEGATIVO, SE REMITE A VACUNACIONA LAS 26 SEMANAS, SE DEBE SEGUIR DIETA DE NUTRICION Y SE DEBE SE GUIR CONTROLES DE ODODONTOLGOIA, SE REMITE A CITA DE CONTROL CON GINECOLOGIA, SE LLAMA A CONTROL EN 1 MES,.

**Recomendación 1:**

**RECOMENDACIONES GENERALES:** Importancia de acudir a controles prenatales de forma regular según indicación médica, toma de micronutrientes de forma oportuna, mantener controles por salud oral

**SIGNOS DE ALARMA:** Ante la presencia de uno de estos signos de sangrado o pérdidas vaginales si dolor abdominal si vomito si síntomas urinarios, si no siente su bebe si síntomas premonitorios acudir por urgencias a Clínica Hispanoamericana.

**SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN:** 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/12/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(14/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(06/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/10/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(21/12/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/09/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(23/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(12/12/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(14/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

(06/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(12/10/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

## - HÁBITOS SEXUALES

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

## - PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

## Antecedentes Vacunales Covid

(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
35. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara) ? : No.  
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?  
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por más de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por más de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**18/10/2019 11:17:04. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Wendy Nathalia Mera Mera. Reg. Médico. 1085281667. Enfermería.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 35066410. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo  
trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 2 año(s).

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Control.

Número de Control: 2. Tipo de Programa: Cáncer de Cérvix.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: toma de citología.

Enfermedad Actual: asiste usuaria de 41 años de edad a toma de citología.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(18/10/2019) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 18/09/2019,  
Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(18/10/2019) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(18/10/2019) Citología: Si, Fecha realización citología: 16/10/2018, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(18/10/2019) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

(18/10/2019) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Talla: 1.7 m

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

Examen ginecológico: Cervicovaginoscopia con espejulo (cuello sano leucorrea blanquecina ), Genitales externos (genitales integros normales).

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

RIESGOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL VIH/SIDA: Sexarquia a los 20 años, número de compañeros sexuales 6 , refiere pareja estable, no refiere accidentes percutáneos, no refiere antecedentes de ITS,no refiere transfusiones sanguíneas, no refiere tatuajes, niega trasplantes.

Se explica el procedimiento a realizar

Se hace firmar consentimiento informado de toma de citología,

Se observan labios mayores y menores integros, a la especuloscopia se observa cuello sano leucorrea blanquecina. se toma muestra endo y exocervical y se fija en placa.

Se llama a paciente en 8 días para retiro de resultado.

Termina procedimiento sin complicación

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Se educa en cuanto a la importancia del autoexamen de seno, retiro de resultado de forma oportuna uso de preservativo como metodo de proteccion y prevencion de its, medidas higienicas

Se entrega folleto de guia para la realizacion del autoexamen de mama y cancer de cuello de utero

Se explica derechos sexuales y reproductivos

Se remite a higene oral

Se remite a vacunacion

RECOMENDACIONES GENERALES: No se recomienda practicar citología durante el período menstrual.No se aplique óvulos ni medicamentos intravaginales cinco o menos días antes de la toma de la muestra.No use baños con ducha vaginal el día de la toma de la muestra.No tenga relaciones sexuales tres o menos días antes de la toma de la muestra.En caso de tener programada ecogarfía transvaginal, realice primero la toma de la citología para evitar alterar el resultado de esta última.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

SIGNOS DE ALARMA: Ante signos de alarma como vómito, diarrea, malestar general, fiebre acudir por urgencias

ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar caminatas o cualquier tipo de ejercicio mínimo 40 minutos, 3 a 4 veces por semana

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Alimentación rica en frutas y verduras, lácteos, carnes según guías alimentarias

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**02/10/2019 12:21:13. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Paula Karola Hernandez Zamudio. Reg. Médico. 27090191. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 34589262. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: SANGRADO VAGINAL.

Enfermedad Actual: CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN IRREGULARIDAD DEL CICLO MESTRUAL OCACIONANDO SANGRADO ABUNDANTE Y PROLONGADO ASOCIADO A DOLOR PELVICO TIPO COLICO.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

**CICLO MENSTRUAL**

(02/10/2019) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, FUR: 18/09/2019, Confiabilidad: Confiable, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(02/10/2019) Tipo de método de planificación: Ninguno

**CITOLOGÍA**

(02/10/2019) Citología: No

**MAMOGRAFÍA**

(02/10/2019) Mamografía: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C1 E0 A0 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg  
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg  
Temperatura: 36.7 °C  
Peso: 78 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 26.99 (kg/m2) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.95 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, doloroso A LA PALPACION DE HIPOGASTRIO, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE ESTABLE CON CUADRO DE HEMORRAGIA UTERINA Y DOLOR PELVICO POR LO CUAL SE SOLICITA ECOGRAFIA TRASVAGINAL Y CITOLOGIA VAGINAL ANTE CUADRO DE LUMBALGIA SE INDICA ANALGESIA, HIGIENE POSTURAL Y REPOSO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C1 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada (N939), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Lumbago no especificado (M545), Impresión diagnóstica.

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Metocarbamol 750 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 15 día(s). Cantidad total: 15, Número de entregas: 1  
Recomendaciones: TOMAR EN LA NOCHE.

2. Naproxeno 250mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 15 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL, No. 1, PACIENTE ESTABLE CON CUADRO DE HEMORRAGIA UTERINA Y DOLOR PELVICO POR LO CUAL SE SOLICITA ECOGRAFIA TRASVAGINAL Y CITOLOGIA VAGINAL ANTE CUADRO DE LUMBALGIA SE INDICA ANALGESIA, HIGIENE POSTURAL Y REPOSO, HEMORRAGIA UTERINA .

**Recomendación 1:****RECOMENDACIONES GENERALES: NO REALIZA ESFUERZOS FISICOS**

-AL RECOJER ALGUN OBJETO ARRODILLESE PRIMERO

-UTILICE COLCHON ORTOPEDICO

-DORMIR DE LADO EN POSICION FETAL

-SIENTESE SOBRE EL ESPALDAR DE LA SILLA

-AL COLOCARSE SUS ZAPATOS HAGALO SENTADA

EVITAR CARGAS QUE SUPEREN LOS 10 KILOS

EVITE LABORES QUE IMPLIQUEN FLEXOEXTENSION O ROTACION DE TRONCO COMO AGACHARSE ARRODILLARSE

EVITE SUBIR O BAJAR GRADAS CON FRECUENCIA

EVITE DESPLAZARSE EN VEHICULO POR CARRETERAS EN MAL ESTADO

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**24/10/2019 18:13:57. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Karen Lizeth Morales Montilla. Reg. Médico. 1085321914. Enfermería.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica de Control.

Admisión No. 34589262. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Vinculación:

Contributivo

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.  
Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: Ingreso reporte de citología vaginal.

Enfermedad Actual: Ingreso reporte de citología vaginal la cual se encuentra dentro de lo normal.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(24/10/2019) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 18/09/2019,  
Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(24/10/2019) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(24/10/2019) Citología: Si, Fecha realización citología: 16/10/2018, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(24/10/2019) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

(24/10/2019) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**PARACLINICOS DE PROGRAMAS****CÁNCER DE CÉRVIX**

Fecha de realización: 18/10/2019 00:00:00

1. Citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Se ingresa reporte de citología la cual reporta con resultado negativa para lesión epitelial o malignidad.citologia realizada el 18/10/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**23/09/2019 11:14:31. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Manuel Esteban Montenegro Sarasty. Reg. Médico. 98389389. Medicina Interna.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Contrarreferencia.

Admisión No. 34285839. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: por artritis..

Enfermedad Actual: Historia de artritis reumatoidea diagnosticada hace 8 años, suspendió tratamiento enero 2018, ahora con tto suspendido hace 21 meses (por embarazo), en el momento no lactancia. previo tto con leflunamida metotrexate prednisolona. no trae historia de reumatología. actualmente 5 meses post parto, no lactancia actual porque no logro desde primeros dias.

no raynaud. no ulceras orales.

exámenes: no tiene.

refiere dolor articular en manos, codos, muñecas, rodillas.

el dolor es inflamatorio, con rigidez matinal de dos horas..

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 71 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 15 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 125 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 75 mmHg

Tensión Arterial Media: 91.7 mmHg

Temperatura: 36 °C

Peso: 75 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 25.95 (kg/m2) -Sobrepeso

Superficie corporal: 1.91 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: NAD 3. N AI 3. DEFORMIDAD EN MANOS DESVIACION CUBITAL, SINOVITIS EN MANOS CODOS. .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Paciente con artritis reumatoidea seropositiva con actividad moderada y deformidades asociadas ya instauradas, sin tto hace 21 meses por voluntad propia, se insiste en mejorar adherencia por riesgo de complicaciones secuelas irreversibles mayores ss exámenes. según resultados reiniciar mtx. mantener planificación efectiva.  
hemograma vsq pcr alt  
control por reumatólogo tratante.

Diagnóstico Principal: Artritis reumatoide, no especificada (M069), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Naproxeno 250mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1

**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Prednisolona 5mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 23/09/2019- 23/10/2019, Recomendaciones: tomar la mitad cada 12 horas. .  
2. Calcitriol 0.5mcg Cap Blan: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 23/09/2019- 23/10/2019,  
3. Leflunomida 20mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 23/09/2019- 23/10/2019,

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, Paciente con artritis reumatoidea seropositiva con actividad moderada, sin tto hace 21 meses por voluntad propia, se insiste en mejorar adherencia por riesgo de complicaciones secuelas irreversibles mayores ss exámenes control con resultados.  
2. Se solicita ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA, No. 1, Paciente con artritis reumatoidea seropositiva con actividad moderada, sin tto hace 21 meses por voluntad propia, se insiste en mejorar adherencia por riesgo de complicaciones secuelas irreversibles mayores ss exámenes control con resultados.  
3. Se solicita TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA], No. 1, Paciente con artritis reumatoidea seropositiva con actividad moderada, sin tto hace 21 meses por voluntad propia, se insiste en mejorar adherencia por riesgo de complicaciones secuelas irreversibles mayores ss exámenes control con resultados.  
4. Se solicita PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO, No. 1, Paciente con artritis reumatoidea seropositiva con actividad moderada, sin tto hace 21 meses por voluntad propia, se insiste en mejorar adherencia por riesgo de complicaciones secuelas irreversibles mayores ss exámenes control con resultados.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

1. Se solicita interconsulta a Reumatología Por solicitud del médico tratante. Justificación: ARTRITIS REUMATOIDEA. SS CONTROL.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**06/09/2019 15:16:29. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Gabriela Estephana Barahona Lopez. Reg. Médico. 1085293370. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 33800708. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 41 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 0.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: " tengo artritis".

Enfermedad Actual: paciente de 41 años de edad quien acude a cita medica refiriendo antecedente de artritis reumatoide qien estaba de manera partcular con reumatologia en manejo farmacologico conleflunomida 1 dia, metrotrexate 4 tabletas cada sabado pero por su embaerazo hace mas de 1 año suspendio tratamiento, ahora acude para reinicio de controles, refiere artralgias a nivel de manos. no otro sintoma..

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(06/09/2019) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Embarazo

**PLANIFICACIÓN**

(06/09/2019) Tipo de método de planificación: Ninguno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

**CITOLOGÍA**

(06/09/2019) Citología: Si, Fecha realización citología: 11/10/2016, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(06/09/2019) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

(06/09/2019) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G3 V0 C1 E0 A1 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 14 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Pulsoximetría (SO<sub>2</sub>): 96 %  
Temperatura: 36 °C  
Peso: 76 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 26.3 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.92 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, deformidad de 2 dedo de mano derecha e izquierda, rigidez de codo derecho.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente de 41 años de edad con antecedente de artritis reumatoide desde 6 años quien estaba de manera particular con reumatología en manejo con leflunomida y metotretrexe con mejoría clínica pero por consulta preconcepcional y embarazo suspendio tratamiento y hoy acude para reiniciar tratamiento por lo cual se solicita valoración por medicina interna por cuadro de artritis seropositiva sin controles. se dan recomendaciones generales, signos de alarma.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Número de Control: 2.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G3 V0 C1 E0 A1 V2 M0

Diagnóstico Principal: Artritis reumatoide, no especificada (M069), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: se le explica su diagnostico, manejo farmacologico , el plan de tratamiento a seguir, los cuidados en casa , como tomar sus medicamentos , se realiza reconciliacion medicamentosa

RECOMENDACIONES GENERALES: se explica a paciente y acudiente la patologia, se indican recomendaciones generales, como aseo e higiene personal, planificación familiar si lo desea o si ya inicio relaciones sexuales, se le explica su condicion clinica importancia de no automedicarse, . se le recuerdan sus derechos y deberes , se le recuerda los programas de py p a los que puede acceder y como llegar a ellos , manejo de estres y estilos de vida saludable. se le explica sobre prevencion de accidentes, importancia del lavado de manos. paciente comprende y acepta la explicación.

SIGNOS DE ALARMA: fiebre alta ¿letargia - convulsiones ¿ vomita todo ¿ diarreas numerosas-dificultad respiratoria, cianosis, perdida del conocimiento, epistaxis aguda.

ACTIVIDAD FÍSICA: fomentar el ejercicio 3 veces por semana, practicar su deporte favorito ,o caminata tipo marcha 30 min/dia

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: pautas de una buena nutricion, disminuir el consumo de sal y azucar dieta baja en grasa , aumentar el consumo de frutas verduras y lacteos, tomar agua e hidratarse al menos 3 veces al dia.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

**- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- HÁBITOS ALIMENTARIOS**

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/12/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(14/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(06/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/10/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

**- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA**

(21/12/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/09/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(23/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(12/12/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(14/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(06/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(12/10/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

**- HÁBITOS SEXUALES**

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)  
(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

## - PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL): No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
35. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.  
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES  
Otros ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA:

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.  
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.  
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?: No.  
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?: No.  
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.  
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)? : No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : No.  
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.  
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)? : No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)? : No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama? : No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada? : Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por más de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.

32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**14/05/2020 09:49:58. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Adriana Milena Mora Toro. Reg. Médico. 36755707. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica de Paciente Crónico.

Admisión No. 40851967. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Artritis Reumatoidea.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.  
Motivo de consulta: eleconsulta por contingencia.  
Enfermedad Actual: asesoría telefonica.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA****ARTRITIS REUMATOIDE.**

Fecha de ingreso al programa: 14/05/2020.

**\* Ingreso al Programa**

1. Fecha de inicio de los síntomas (AR): 12/01/2010.
2. Fecha diagnóstico artritis reumatoide: 11/05/2010.
3. Quién le hizo el diagnóstico de Artritis reumatoide?: Medicina general.
4. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (AR): Ninguna,
  1. Ha recibido antes, otros medicamentos para la AR?: No

**\* Atención Clínica****CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (AR)**

1. Articulaciones comprometidas: Articulaciones pequeñas (4-10 comprometidas)= 3 puntos.
2. Duración de los síntomas : Duración de síntomas >6 semanas = 1 punto,
  1. Rigidez matinal: <30 Minutos.
  2. Fecha Puntuación DAS28: 14/05/2020.
  3. Número de articulaciones dolorosas: 5.
  4. Número de articulaciones inflamadas: 2.
  5. Escala Global del Paciente: 4.
  6. Fecha escala de dolor (AR): 14/05/2020.
  7. Escala de dolor (AR): 6.
  8. Toma actualmente medicamentos para la artritis?: Si

**QUE MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS ESTA TOMANDO?**

1. - Medicamento (FARME): Leflunomida 20mg Cap blan
2. - Medicamento (FARME): Metotrexato sodico Tab 2.5mg
3. - Medicamento (FARME): Adalimumab 40mg/0.4mL sol iny

1. Utiliza alguna ayuda para caminar o desplazarse?: No.
2. Utiliza férulas u otros dispositivos correctores?: No

**HAQ**

1. Puede usted vestirse solo, incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?  
: Sin dificultad = 0 puntos.
2. Puede usted lavarse el cabello?: Sin dificultad = 0 puntos.
3. Puede usted levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?: Sin dificultad = 0 puntos.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

4. Puede usted entrar y salir de la cama?: Sin dificultad = 0 puntos.
5. Puede usted cortar la carne?  
: Sin dificultad = 0 puntos.
6. Puede usted levantar una taza o un vaso llenos y llevárselos a la boca?: Sin dificultad = 0 puntos.
7. Puede usted abrir un cartón de leche?: Sin dificultad = 0 puntos.
8. Puede usted caminar fuera de su casa sobre un terreno plano?: Sin dificultad = 0 puntos.
9. Puede usted subir 5 escalones?: Con algo de dificultad = 1 punto
- .
10. Puede usted lavarse y secarse su cuerpo?: Sin dificultad = 0 puntos.
11. Puede usted bañarse en la bañera?: Sin dificultad = 0 puntos.
12. Puede usted sentarse y levantarse del inodoro?: Sin dificultad = 0 puntos.
13. Puede usted alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) desde una altura por encima de su cabeza?: Con algo de dificultad = 1 punto
- .
14. Puede usted agacharse para levantar ropa del piso?: Sin dificultad = 0 puntos.
15. Puede usted abrir las puertas de un auto?: Sin dificultad = 0 puntos.
16. Puede usted abrir frascos no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?: Con mucha dificultad = 2 puntos.
17. Puede usted abrir y cerrar la llave del lavamanos?: Sin dificultad = 0 puntos.
18. Puede usted hacer mandados o ir de compras?: Sin dificultad = 0 puntos.
19. Puede usted entrar y salir de un auto?: Sin dificultad = 0 puntos.
20. Puede usted hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer o limpiar un patio?: Con algo de dificultad = 1 punto
- .
21. PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN EN SALUD (HAQ): 0.6.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Se realiza seguimiento telefónico por contingencia a paciente quien refiere que se encuentra estable, Se encuentra en seguimiento por reumatología Dr Tomas con manejo metotrexato, leflunomida, adalimumab, Tiene formula vigente por 2 meses y control en 2 meses ppr especialidad, ultimo ocontrolmhace 1 semana, se explica importancia de realizar controles en programa de artritis independiente de valoraciones por es especialidades. se indica que debido a la situacion de salud pública ocasionada por la pandemia de COVID-19; se evita que paciente con patologías de bases y por edad vulnerable no acuda a la IPS a su control; por lo que solo se dan recomendaciones del uso de sus medicamentos habituales ,Se hace énfasis en signos de alarma y se refuerza estilos de vida saludable. se explica importancia de adherencia a manejo farmacologico e indicaciones medicas

Diagnóstico Principal: Artritis reumatoide seropositiva, sin otra especificacion (M059), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: SE LE EXPLICA SU CONDICION CLINICA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE, . SE LE RECUERDAN SUS DERECHOS Y DEBERES , SE LE RECUERDA LOS PROGRAMAS DE P Y P A LOS QUE PUEDE ACCEDER Y COMO LLEGAR A ELLOS ,SE LE EXPLICA MANEJO DE ESTRES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE LE EXPLICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA LA EXPLICACION, AUTOEXAMEN MAMA , CITOLOGIA ANUAL

SIGNOS DE ALARMA: SE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA, CONTROL DE ACUERDO EVOLUCION POR CONSULTA EXTERNA O POR URGENCIAS SI EMPEORA O PRESENTA ALGUN CAMBIO COMO FIEBRE, VOMITO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DIFICULTAD REPIRATORIA, CONVULSION, INCONCIENCIA O LETARGO, REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS, AUMENTO DE SINTOMAS O NO MEJORIA CON TRATAMIENTO MEDICO CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS CLINICA HISPANOAMERICA DE INMEDIATO,

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**29/04/2020 16:45:23. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Edda Lizeth Castro Montilla. Reg. Médico. 1085260595. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 40563673. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: Registro de reporte de VIH.

Enfermedad Actual: Se registra reporte de VIH negativo.

**OTROS PARACLINICOS**

Inmunología

Fecha de realización: 31/01/2020 00:00:00.

Elisa para VIH: No Reactiva.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Se registra reporte de VIH negativo

Diagnóstico Principal: Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z717), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (Z114), Confirmado nuevo.

**ASESORÍAS****PRE\_TEST DE PRE-TEST (VIH)**

Asesoría Pre-test: Se explica el motivo de solicitud de la prueba. Se interrogan antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual o de accidente biológico así como de comportamientos sexuales o sociales de riesgo. Se identifica si usa Piercing o tatuajes. Se evalúa si cuenta con una red de apoyo. Se indaga sobre lo que haría en caso de ser VIH (+) y sobre a quién(es) contaría dicho resultado. Se identifica si presenta síntomas sugestivos de inmunodeficiencia. Se informa la historia del VIH, sus formas de transmisión y el proceso para su diagnóstico. Se explica la importancia de realizar la prueba y las consecuencias positivas y negativas de la misma. Se informa su carácter confidencial y la importancia de reclamar su resultado explicando claramente el significado de las posibles opciones e insistiendo en la necesidad de repetir la prueba en caso de que sea positiva. Se indican los lugares donde puede conseguir más información. Se informa sobre los derechos sexuales y reproductivos. Se explica y se firma el consentimiento informado..

**POST\_TEST DE POST-TEST (VIH) NEGATIVO**

Asesoría Post-test: Se informa al paciente que el resultado de la prueba VIH es negativo. Se explica claramente dicho resultado y se entrega en medio físico dejando constancia del resultado y su entrega en la historia clínica. Se resuelven todas las dudas frente a la interpretación del resultado de la prueba. Se da explicación sobre el periodo de ventana y la necesidad de repetir la prueba si hubo alguna exposición de riesgo en los últimos 3 meses. Se entrega/ No se entrega orden para repetir prueba de Elisa en 3 meses. Se revisan condiciones o comportamientos de riesgo y la importancia de ser modificados. Se proporciona información sobre los derechos sexuales y reproductivos. Se establece un compromiso de prevención frente a las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Se verifica la claridad de la información y se resuelven dudas e inquietudes. Tiempo de la asesoría 15 minutos. .



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES  
Otros ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA:

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021:  
FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

**- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- HÁBITOS ALIMENTARIOS**

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/12/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(14/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(06/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(12/10/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

**- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA**

(21/12/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/09/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(23/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(18/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(12/12/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(14/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(06/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)  
(12/10/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

**- HÁBITOS SEXUALES**

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)  
(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL): No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
35. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.  
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES  
Otros ESCOLARIDAD: Profesional

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA:

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.  
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.  
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?: No.  
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?: No.  
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.  
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)? : No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : No.  
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.  
33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)? : No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)? : No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama? : No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada? : Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por más de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## Antecedente Riesgo General

(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

: Nunca ha usado.

25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**21/12/2020 12:13:45. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: María Alejandra Insuasti Paz. Reg. Médico. 1085292490. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica de Paciente Crónico.

Admisión No. 47662144. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Artritis Reumatoidea.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.  
Motivo de consulta: Teleconsulta por contingencia

Enfermedad Actual: paciente de 42 años de edad con antecedente de artritis reumatoide desde 2010, en manejo con metotrexato, leflunomida, calcitriol, con buena adherencia, niega tomar otro tipo de medicamentos. refiere dolor articular de muñeca, codo y art metacarpofal de mano derecha, refiere inflamación en 2 dedo de mano derecha, niega rigidez, Niega cefalea, niega edemas, niega sincope, niega mareos, niega epistaxis, niega disnea, niega dolor precordial, niega poliuria, niega polidipsia, niega polifagia, niega parestesias, niega tos, niega palpitaciones. El paciente asiste solo. niega contacto con covid sospechosos o confirmados, niega nexo epidemiológico, niega ser trabajador en salud.  
Paciente sin factores de riesgo para salud mental, sin factores de riesgo para ITS..

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**

ARTRITIS REUMATOIDE.  
Fecha de ingreso al programa: 14/05/2020.

**\* Ingreso al Programa**

1. Fecha de inicio de los síntomas (AR): 12/01/2010.
2. Fecha diagnóstico artritis reumatoide: 11/05/2010.
3. Quién le hizo el diagnóstico de Artritis reumatoide?: Medicina general.
4. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (AR): Ninguna,  
1. Ha recibido antes, otros medicamentos para la AR?: No

**\* Atención Clínica****CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (AR)**

1. Articulaciones comprometidas: Articulaciones grandes\*(1 comprometida) = 0 puntos.
2. Reactantes de fase aguda (Por lo menos una combinación es necesaria para la clasificación)  
: PCR Anormal y VSG Normal = 1 punto.
3. Duración de los síntomas : Duración de síntomas <6 semanas = 0 puntos,  
1. Rigidez matinal: No hay rigidez.  
2. Fecha Puntuación DAS28: 21/12/2020.
3. Número de articulaciones dolorosas: 3.
4. Número de articulaciones inflamadas: 1.
5. Escala Global del Paciente: 7.
6. Calculada con: VSG.
7. RAPID3: 5.3.  
- Velocidad de sedimentación globular (mm/hr): 15.  
- Puntuación DAS28 VSG: 3.24.  
- Estado de la Actividad VSG: Moderado.
8. Fecha escala de dolor (AR): 21/12/2020.
9. Escala de dolor (AR): 5.
10. Nº de consultas por Artritis reumatoide atendidas en urgencias en el último año: 0.
11. Nº de hospitalizaciones por Artritis reumatoide en el último año: 0.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

12. Toma actualmente medicamentos para la artritis?: Si

QUE MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS ESTA TOMANDO?

1. - Medicamento (FARME): Metotrexato sodico Tab 2.5mg - Medicamento (FARME): Leflunomida 20mg Cap blan - Prescripción (FARME): 1 cap dia - Prescripción (FARME): 4 tab semana
2. - Medicamento (FARME): Leflunomida 20mg Cap blan - Medicamento (FARME): Metotrexato sodico Tab 2.5mg - Prescripción (FARME): 1 cap dia - Prescripción (FARME): 4 tab semana

1. Utiliza alguna ayuda para caminar o desplazarse?: No.
2. Utiliza férulas u otros dispositivos correctores?: No

HAQ

1. PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN EN SALUD (HAQ): 0

\* Riesgo

1. Riesgo cardiovascular: 7 - Framingham.
2. Hemograma completo: Normal.
3. Uroanálisis: Contaminación.
4. Creatinina: Normal.
5. Alanino Amino Transferasa (ALAT - TGP): Normal.
6. Hepatitis B Anticuerpos Anti Antígeno de Superficie: No reactivo,

\* Seguimiento Farmacoterapéutico

QUE MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS ESTA TOMANDO?

1. - Medicamento (FARME): Metotrexato sodico Tab 2.5mg - Medicamento (FARME): Leflunomida 20mg Cap blan - Prescripción (FARME): 1 cap dia - Prescripción (FARME): 4 tab semana
2. - Medicamento (FARME): Metotrexato sodico Tab 2.5mg - Medicamento (FARME): Leflunomida 20mg Cap blan - Prescripción (FARME): 1 cap dia - Prescripción (FARME): 4 tab semana

INCIDENTE O EVENTO ADVERSO (AR)

1. Incidente o evento asociado a la medicación Actual(AR): No

\* Interconsultas

CONCEPTO POR ESPECIALIDADES (AR)

1. - AR-interconsulta a: Otra - AR-Fecha de interconsulta: 08/10/2020 - AR-Concepto interconsulta: reumatología control 3 meses

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Se realiza seguimiento telefónico por contingencia a paciente quien refiere que se encuentra estable, sintomática. Se encuentra en seguimiento por reumatología DAS 28: 3.24, RAPID 3: 5.3 enfermedad moderada. Tiene formula vigente. Solicito traer epicrisis y ultimas valoraciones a controles, se explica importancia de realizar controles en programa de artritis independiente de valoraciones por es especialidades. se indica que debido a la situacion de salud pública ocasionada por la pandemia de COVID-19; se evita que paciente con patologías de bases acuda a la IPS a su control; Se hace énfasis en signos de alarma y se refuerza estilos de vida saludable. se explica importancia de adherencia a manejo farmacologico e indicaciones medicas. lo anterior es bajo órdenes de gerencia. se cita a control en tres meses

Diagnóstico Principal: Artritis reumatoide, no especificada (M069), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

Recomendación 1:

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Se educa en derechos sexuales y reproductivos, se orienta en métodos de planificación familiar, uso de preservativo como protección para prevención de ITS/VIH \* Hasta los 49 años, importancia de autoexamen de mama

RECOMENDACIONES GENERALES: Mantener control de peso, control de perímetro abdominal por mayor RCV, procurar controles con un familiar. Estilos de vida saludables, cuidados con salud oral y visual, valoración odontológica y desparasitación cada 6 meses

SIGNOS DE ALARMA: Dolor de cabeza intenso, mareo, visión borrosa, salida de sangre por la nariz, edema en miembros inferiores, si se presentan acudir por urgencias a Clínica Hispanoamérica

ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar caminatas o cualquier tipo de ejercicio cardiovascular mínimo 30 minutos 4 veces por semana

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Alimentación baja en grasa, harinas (2 porciones en el día), sal y azúcar, evitar el consumo de café, gaseosas, alcohol y tabaco. Aumentar el consumo de frutas y verduras 5 veces al día y agua

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 90 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**19/12/2020 10:38:14. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Jhon Ancizar Bastidas Diaz. Reg. Médico. 12751889. Auxiliar de Enfermería.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Demanda Inducida.

No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: Teléfono: Ciudad: Vinculación:

Acompañante: Teléfono:

19/12/2020 10:38:14 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA ARTRITIS REUMATOIDEA

Fuente de remisión: IPS. Telefono: 7244304

**DATOS PARA EL PROGRAMA**

Diagnóstico: -

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: JSCKELINE BENAVIDES .

Descripción de la gestión: SE LLAMA NUMERO DE CONTACTO: 3172498493 PARA PROGRAMAR CITA DE CONTROL DE ARTRITIS, LA CUAL QUEDA PROGRAMADA PARA EL DÍA 21/12/2020 CON LA DRA INSUASTY, ESTA SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE TELE CONSULTA POR MOTIVO DE CONTINGENCIA DE COVID-19.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**29/09/2020 14:18:19. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Luis Eduardo Narvaez Diaz. Reg. Médico. 87552152. Medicina General.**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 44752552. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: "por una masa en parpado superior izquierdo".

Enfermedad Actual: paciente que en el momento refiere cuadro de mas de 2 meses de lesion en parpado superior izquierdo con aumento de tamaño refiere no dolor en el momento refiere que asiste a cita para reseccion de lesion.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 17 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg

Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg

Temperatura: 37 °C

Peso: 77 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 26.64 (kg/m2) -Sobrepeso

Superficie corporal: 1.93 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: lesion quística en parpado superior izquierdo de gran tamaño no dolor en el examen.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que tiene lesion quística en papado superior izquierdo de mas de 2 meses se solicita valoracion por oftalmologia para reseccion de lesion

Diagnóstico Principal: Orzuelo y otras inflamaciones profundas del parpado (H000), Izquierdo (a), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN  
INTERCONSULTA**

1. Se solicita interconsulta a Oftalmología Por solicitud del médico tratante. Justificación: paciente que tiene lesion quística en papado superior izquierdo de mas de 2 meses se solicita valoracion por oftalmologia para reseccion de lesion.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**18/09/2020 14:23:18. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)  
Datos del profesional de la salud: Yineth Lorena Delgado Delgado. Reg. Médico. 1086549399. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.  
Admisión No. 44400882. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1  
Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.  
Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo  
Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.  
Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: "tengo un orzuelo enquistado".

Enfermedad Actual: Paciente de 42 años de edad quien presenta cuadro clinico de 3 meses de evolucion consistente en aparicion de orzuelo en parpado superior izquierdo, doloroso, se manejo con antibiotico y gotas oftalmicas sin mejoría, sin otra sintomatología.

Niega fiebre, niega tos, niega dificultad para respirar, niega malestar general, niega contacto estrecho para sars covid 2019 niega nexo epidemiológico, niega contacto con personal de salud..

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

## Datos Ginecológicos

## CICLO MENSTRUAL

(18/09/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 15/09/2020,  
Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## PLANIFICACIÓN

(18/09/2020) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(18/09/2020) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(18/09/2020) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(18/09/2020) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 83,3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Peso: 77 Kg  
Talla: 1,7 m  
Índice de Masa Corporal: 26,64 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1,93 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho normal e izquierdo con presencia de orzuelo enquistado, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales..  
Extremidades Inferiores: Normales..  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Paciente de 42 años de edad quien presenta orzuelo en parpado superior izquierdo, ya se ha manejado con manejo antibiotico sin mejoría por lo cual se drenaje de orzuelo.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

en el momento con estado nutricional en sobrepeso se dan recomendaciones referentes a alimentación saludable, hidratación continua y ejercicio no presenta factor de riesgo para salud mental.

Se hace consulta médica bajo medidas de bioseguridad por situación de Pandemia COVID19 según lineamientos de Minsalud. Se explica medidas de distanciamiento social y medida de prevención con lavado de manos adecuado, uso adecuado de tapabocas y medidas de higiene. Signos de alarma para consultar por urgencias y atención línea habilitada por sistema de salud si presenta síntomas relacionados. niega síntomas respiratorios, niega contacto con covid sospechosos o confirmados, niega nexos epidemiológicos, niega ser trabajador en salud.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Orzuelo y otras inflamaciones profundas del párpado (H000), Izquierdo (a), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: 5. RECOMENDACIONES EN TAMIZAJE DE CÁNCER DE SENO

SE EXPLICA COMO DE HACERSE LA TÉCNICA DE AUTOEXAMEN DE MAMA

CONSULTE SI:

MASA EN EL SENO O BULTOS EN LA PIEL

SALIDA DE SECRECIÓN HEMÁTICA POR PEZÓN O PEZÓN INVERTIDO

ZONAS DE DEPRESIÓN EN SENO QUE ANTES NO LAS TENÍA

GLANGLIOS PERSISTENTES EN REGIÓN SUPRACLAVICULAR Y AXILAR

ENROJECIMIENTO SALPULLIDO INFLAMACIÓN,

PARECE FRENTE A UN ESPEJO CON LOS HOMBROS RECTOS Y LOS BRAZOS JUNTO A LA CADERA Y MÍRATE LAS MAMAS

ESTO ES LO QUE DEBE ENCONTRAR MAMAS TAMAÑO COLOR FORMA NORMALES, MAMAS BIEN FORMADAS QUE NO PRESENTES DEFORMACIONES NI INFLAMACIONES VISIBLES

IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE ESTÁ EXPUESTO:

SER MUJER

TENER MÁS DE 50 AÑOS

INICIO MENSTRUACIÓN ANTES DE 11 AÑOS

EMBARAZO DESPUÉS DE 40 AÑOS

ANTECEDENTE FLIAR PERSONALES DE CÁNCER DE MAMA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**23/07/2020 11:43:40. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Anggie Daniela Marcillo Narvaez. Reg. Médico. 1085317590. Medicina General.**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Historia Clínica de Paciente Crónico.

Admisión No. 42653741. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados. Antigüedad Ocupación: 25 años(s).

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo  
Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.  
Acompañante: Teléfono:  
Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Artritis Reumatoidea.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: control de artritis.

Enfermedad Actual: paciente con antecedente de artritis reumatoide en manejo por especialidad reumatología Dr Tomas con manejo metotrexato, 2 el sabado y 2 el domingo leflunomida, adalimumab, calcitriol refiere toma diaria de medicacion Niega cefalea, niega edemas, niega sincope, niega mareos, niega epistaxis, niega disnea, niega dolor precordial, niega poliuria, niega polidipsia, niega polifagia, niega parestesias, niega tos, niega palpitations tiene cita de control con reusmtaologia hoy 2 pm .

**SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**

ARTRITIS REUMATOIDE.

Fecha de ingreso al programa: 14/05/2020.

\* Ingreso al Programa

1. Fecha de inicio de los síntomas (AR): 12/01/2010.
  2. Fecha diagnóstico artritis reumatoide: 11/05/2010.
  3. Quién le hizo el diagnóstico de Artritis reumatoide?: Medicina general.
  4. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (AR): Ninguna,
1. Ha recibido antes, otros medicamentos para la AR?: No.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(23/07/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 25/06/2020, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(23/07/2020) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(23/07/2020) Citología: Si, Fecha realización citología: 16/10/2018, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(23/07/2020) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

(23/07/2020) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

se realiza seguimiento telefonico a paciente cronico, se indica que debido a la situacion de salud publica ocasionada por la pandemia COVID 19 se considera que paciente con patologias reumatologicas de base tiene factores de riesgo , por lo que se procura evitar su desplazamiento fuera de sus casas, en llamada refiere asintomatica en historias clinicas previas paciente controlado tiene medicacion vigente dada por especialista , ademas tiene cita esta tarde con dr tomas caicedo con resultados de exámenes que especialidad ordeno

se hace énfasis en signos de alarma y se refuerza estilos de vida saludable ,se explica la importancia del lavado de manos , se explica la importancia de evitar estar en contacto con personas que cursen con periodos gripales. uso de tapabocas de manera regular paciente refiere entender y aceptar lo anterior bajo ordenes de gerencia

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Artritis reumatoide seropositiva, sin otra especificacion (M059), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

**ADHERENCIA A PROGRAMAS**

PACIENTE CRÓNICO

Adherencia: adecuada adherencia.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: Se educa en derechos sexuales y reproductivos, se orienta en métodos de planificación familiar, uso de preservativo como protección para prevención de ITS/VIH importancia de autoexamen de mama

RECOMENDACIONES GENERALES: Mantener control de peso, control de perímetro abdominal por mayor RCV, procurar controles con un familiar. Estilos de vida saludables, cuidados con salud oral y visual, valoración odontológica y desparasitación cada 6 meses

Teniendo en cuenta la situación actual por la pandemia generada por covid-19 se recomienda lavado de manos permanente, cumplimiento estricto de confinamiento nacional obligatorio, uso de tapabocas si sale de casa, taparse con la parte interna del codo al estornudar y guardar una distancia de seguridad de 2 metros con otras personas, evitar el contacto físico (saludos de manos, abrazos, etc), en caso de salir se debe tener en cuenta no uso de accesorios (manillas, reloj, aretes, cadenas, etc) al regresar a casa debe cambiarse los zapatos, lavar la suela de los zapatos, cambiarse de ropa y lavar sus manos antes de entrar a casa, no tocar los objetos de la casa hasta estar desinfectado.

SIGNOS DE ALARMA: Dolor de cabeza intenso, mareo, visión borrosa, salida de sangre por la nariz, dolor toracico, disnea, edema en miembros inferiores, si se presentan acudir por urgencias a Clínica Hispanoamérica

Temperatura >38°, dolor en el pecho, dificultad para respirar, acudir a servicio de urgencias clínica Hispanoamérica o comunicarse con línea nacional 018009191100 o al chat box via whatsapp Ana Maria 3202550525

ACTIVIDAD FÍSICA: Realizar caminatas o cualquier tipo de ejercicio cardiovascular mínimo 30 minutos 4 veces por semana

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Alimentación baja en grasa, harinas (2 porciones en el día), sal y azúcar, evitar el consumo de café, gaseosas, alcohol y tabaco. Aumentar el consumo de frutas y verduras 5 veces al día y agua

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

15/07/2020 08:48:54. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Datos del profesional de la salud: Paula Karola Hernandez Zamudio. Reg. Médico. 27090191. Medicina General.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 42433534. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 42 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)      Vinculación:  
Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: BOLITA EN OJO.

Enfermedad Actual: CUADRO CLÍNICO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN URZUELO EN PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO ASOCIADO A DOLOR, ARDOR Y ERITEMA, SE APLICÓ TERRAMICINA SIN MEJORA. SE INTERROGA A PACIENTE SINTOMATOLOGIA PARA INFECCION POR SARS COV 2, PACIENTE NIEGA FIEBRE, TOS, DISNEA, DOLOR TORACICO, ARTRALGIAS, NIEGA CONTACTO CON SOSPECHOPARA DICHA ENFERMEDAD, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS..

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(15/07/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 25/06/2020, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(15/07/2020) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(15/07/2020) Citología: Si, Fecha realización citología: 16/10/2018, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

**MAMOGRAFÍA**

(15/07/2020) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

(15/07/2020) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Pulsoximetría (SO<sub>2</sub>): 98 %  
Temperatura: 36.5 °C  
Peso: 80 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 27.68 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.97 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo -- PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO: NODULO PEQUEÑO DOLOROSO, ERITEMATOSO.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE ESTABLE CON CUADRO DE ORZUELO EN PARPADO IZQUIERDO SE INDICA ANTIBIOTICOTERAPIA Y TRICONJUGADO OFTÁLMICO, SE ORIENTA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Orzuelo y otras inflamaciones profundas del párpado (H000), Izquierdo (a), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Dicloxacilina Cap 500mg: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 6 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 28, Número de entregas: 1
2. Dexametasona + Neomicina + Polimixina B (1mg + 3.5mg + 6000 UI)/mL Suspensión Oftálmica: Aplicar (vía conjuntival) cada 8 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA:  
Otros      ESCOLARIDAD: Profesional

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: ALIMENTACION BAJA EN GRASA, HARINAS (2 PORCIONES EN EL DIA), SAL Y AZUCAR, EVITAR EL CONSUMO DE CAFE, GASEOSAS, ALCOHOL Y TABACO. AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS 5 VECES AL DIA Y AGUA.  
ACTIVIDAD FISICA: REALIZAR CAMINATAS O CUAQUIER TIPO DE EJERCICIO MINIMO 30 MINUTOS 4 VECES POR SEMANA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

## - ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - HÁBITOS ALIMENTARIOS

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/12/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(14/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(06/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/10/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

## - HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(21/12/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/09/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(23/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(12/12/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(14/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(06/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(12/10/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

## - HÁBITOS SEXUALES

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)  
(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

## - PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
35. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.  
 27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
 28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
 29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
 30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
 31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
 32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
 33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.  
 34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.  
 35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada?: No.  
 36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
 37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
 38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
 39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
 40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
 4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?: No.  
 5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
 7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
 8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
 9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
 10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
 11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.  
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.  
 12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?: No.  
 13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?: No.  
 14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
 15. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
 16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
 17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
 18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
 19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
 20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
 21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
 22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
 23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
 24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
 25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.  
 26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
 27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
 28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## Antecedente Riesgo General

(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
- 39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
- 40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
- 41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
- 42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
- 43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
- 44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**29/05/2021 12:39:24. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Jhon Ancizar Bastidas Diaz. Reg. Médico. 12751889. Auxiliar de Enfermeria.**

## IDENTIFICACION DEL USUARIO

Demanda Inducida.

No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: Teléfono: Ciudad: Vinculación:

Acompañante: Teléfono:

29/05/2021 12:39:24 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA ARTRITIS REUMATOIDEA

Fuente de remisión: IPS. Telefono: 7244304

## DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: -

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: JACKELINE STELLA .

Descripción de la gestión: Se llama paciente para programar cita de control de artritis la cual queda programada para el día 08/06/2021 con la Dra. María Insuasty médico del programa de artritis , la consulta se realizara a través de tele consulta

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**28/04/2021 12:41:54. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Insuasti Paz. Reg. Médico. 1085292490. Medicina General.**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

## IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica de Paciente Crónico.

Admisión No. 52802597. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 43 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: Paciente quien confirmo cita no presencial para seguimiento en programa de artritis reumatoide, intento comunicacion en multiples ocasiones al celular, no responde..

Enfermedad Actual: ..

Diagnóstico Principal: Procedimiento no realizado por razon no especificada (Z539), Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****23/04/2021 17:27:17. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Jhon Ancizar Bastidas Diaz. Reg. Médico. 12751889. Auxiliar de Enfermeria.**

## IDENTIFICACION DEL USUARIO

Demanda Inducida.

No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: Teléfono: Ciudad: Vinculación:

Acompañante: Teléfono:

23/04/2021 17:27:17 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA ARTRITIS REUMATOIDEA

Fuente de remisión: IPS. Telefono: 7244304

DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: -

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: JACKELINE STELLA .



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Descripción de la gestión:

Se llama paciente para programar cita de control de artritis la cual queda programada para el día 28/04/2021 con la Dra. María Insuasty médico del programa de artritis

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE \*\*\***

**09/02/2021 16:28:28. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**

**Datos del profesional de la salud: Jhon Ancizar Bastidas Diaz. Reg. Médico. 12751889. Auxiliar de Enfermería.**

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Demanda Inducida.

No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: Teléfono: Ciudad: Vinculación:

Acompañante: Teléfono:

09/02/2021 16:28:28 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA ARTRITIS REUMATOIDEA

Fuente de remisión: IPS. Telefono: 7244304

DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: -

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: STELLA BENAVIDES .

Descripción de la gestión: USUARIA EN PROGRAMA, PROXIMA CITA A PROGRAMAR, PROXIMO CONTROL PARA 21/03/2021

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

## - ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - HÁBITOS ALIMENTARIOS

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/12/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(14/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(06/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/10/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

## - HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(21/12/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/09/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(23/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(12/12/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(14/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(06/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(12/10/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

## - HÁBITOS SEXUALES

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)  
(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

## - PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.  
 35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
 36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
 : No.  
 37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
 38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
 39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
 : No.  
 40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
 : No.  
 41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
 42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
 : No.  
 43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
 : Si.  
 - Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
 - Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
 44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
 : No.  
 45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
 : No.  
 46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
 : No.  
 47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
 48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
 : No.  
 49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
 50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
 51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
 4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
 : No.  
 5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
 7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
 8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
 9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
 10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
 11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
 12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
 : No.  
 13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
 14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
 15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
 16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
 17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
 18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
 19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
 20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
 21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
 22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
 23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
35. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada?: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.  
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.  
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?: No.  
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?: No.  
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.  
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## Antecedente Riesgo General

(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. ¿Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
- 39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
- 40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
- 41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
- 42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
- 43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
- 44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****03/11/2021 14:02:07. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Henry Ivan Padilla Hernandez. Reg. Médico. 13062760. Medicina General.****IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 61352283. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 43 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO)

Vinculación:

Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: "cuadro de tos".

Enfermedad Actual: paciente con cuadro de tos cronica , disfagia, rinorrea cansancio cronica antecedente de covi hace 08/21 cuadro exacerba con antihistamnicos nomejora „no asocia otro sintoma en tto de artritis .

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(03/11/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 29/09/2020, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(03/11/2021) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(03/11/2021) Citología: No

**MAMOGRAFÍA**

(03/11/2021) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

(03/11/2021) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Afebril  
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 17 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg  
Temperatura: 37 °C  
Peso: 79.8 Kg  
Talla: 1.72 m  
Índice de Masa Corporal: 26.97 (kg/m2) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.98 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones rinorrea hialina.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

cuadro de tos reactiva secundaría a proceso rinitico pulmones normales post covi. cuidados generales manejo antialergico

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Otras anomalías de la respiración y las no especificadas (R068), Impresión diagnóstica.

Diagnóstico Asociado 2: Otras rinitis alérgicas (J303), Impresión diagnóstica.

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Beclometasona dipropionato 50mcg/dosis Sol Inh Nas: Inhalación Nasal 2 puff cada 12 hora(s) por 20 día(s). Cantidad total: 80, Número de entregas: 1
2. Clorfeniramina maleato 4mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 15 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS, No. 1, cuadro de tos reactiva secundaría a proceso rinitico pulmones normales post covi. cuidados generales manejo antialergico.
2. Se solicita ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL, No. 1, cuadro de tos reactiva secundaría a proceso rinitico pulmones normales post covi. cuidados generales manejo antialergico.

**Recomendación 1:**

- RECOMENDACIONES GENERALES:
1. SEA CONSTANTE CON LA MEDICACIÓN QUE LE PAUTÓ SU MÉDICO, NO DEJE DE USARLA HASTA LA PRÓXIMA REVISIÓN INDEPENDIENTEMENTE DE LOS SÍNTOMAS QUE PUEDA TENER.
  2. EL SPRAY NASAL ES EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE ELECCIÓN, SU USO DEBE SER CONTINUO (DIARIO) Y AL CABO DE UNAS SEMANAS MEJORARÁ LA CONGESTIÓN NASAL Y LA RINORREA (EL MOCO). EL ANTIHISTAMÍNICO POR VÍA ORAL MEJORARÁ FUNDAMENTALMENTE LA CLÍNICA DE PICOR NASAL Y OCULAR Y LOS ESTORNUDOS.
  3. LOS ÁCAROS SE ENCUENTRAN EN AMBIENTES HÚMEDOS Y TIENEN GRAN AFINIDAD POR EL PAPEL Y LA ROPA.
  4. VENTILE BIEN LA HABITACIÓN DONDE DUERME.
  5. RETIRE PELUCHES, ALFOMBRAS Y CORTINAS DE SU HABITACIÓN.
  6. PROCURE NO GUARDAR LIBROS O PAPELES EN LA HABITACIÓN DONDE DUERME.
  8. PONGA FUNDAS ESPECIALES PARA ÁCAROS EN EL COLCHÓN Y LA ALMOHADA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\*****04/10/2021 12:01:51. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)****Datos del profesional de la salud: Javier Mauricio Suarez Hernandez. Reg. Médico. 1085245705. Psicología.**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 59968981. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 43 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Artritis Reumatoidea.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: Se realiza llamada telefónica como parte del control del programa de artritis, con el fin de indagar al paciente sobre el manejo y evolución de su tratamiento médico frente a su actual situación de salud, se pregunta sobre sus hábitos de vida saludable y aspectos psicosociales que puedan estar afectando su estado de salud física y mental..

Enfermedad Actual: Paciente de 43 años del programa de artritis, manifiesta tener controlada su enfermedad, no sigue una dieta especial ni realiza actividad física. Se indagan aspectos relevantes a nivel familiar, vive con su madre y sus dos hijos quienes son su red de apoyo. No se identifican situaciones de riesgo en su salud física y mental. Solicita atención presencial con psicología..

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Paciente de 43 años del programa de artritis en estado de alerta, actitud de interés y colaboradora para iniciar entrevista, lenguaje: lógico, coherente y fluido. Orientación: Orientada en las tres esferas, tiempo, espacio y persona. Atención: euproséxico, con capacidad adecuada para iniciar y mantener la concentración en el transcurso de la llamada. Memoria: Reciente, remota e inmediata y conservada. Pensamiento: abstracto (lógico y simbólico) manifiesta tener controlada su enfermedad, no sigue una dieta especial ni realiza actividad física. No se identifican situaciones de riesgo en su salud física y mental. Solicita atención presencial con psicología.

Diagnóstico Principal: Otros exámenes generales (Z008), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra , No Embarazada.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) Artritis, no especificada (M139); Sospecha ATEP: No.  
(28/09/2018) Artritis reumatoide, no especificada (M069); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## CICLO MENSTRUAL

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## HÁBITOS SEXUALES

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

## PLANIFICACIÓN

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(08/07/2023) Citología: No

## MAMOGRAFÍA

(08/07/2023) Mamografía: No

## FÓRMULA OBSTÉTRICA

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### - ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) Metotrexato sodico Tab 2.5mg; Observación registrada el 28/09/2018: LEFLUNOMIDA SUSP HACE 8MESES.

### - ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### - ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### - OTRAS ALERGIAS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### - ANTECEDENTES TÓXICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### - ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### - ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(21/12/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/12/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(12/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(28/09/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

**- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS**

(03/11/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- HÁBITOS ALIMENTARIOS**

(21/12/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/09/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(23/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(18/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/12/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(14/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(06/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (2), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(12/10/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (1), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

**- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA**

(21/12/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/09/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(23/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(18/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

(12/12/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(14/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(06/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(12/10/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

**- HÁBITOS SEXUALES**

(21/12/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

? (Si). ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)  
(18/09/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si). ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Barrera)

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

Antecedentes Vacunales Covid  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Vacuna Covid - 19: Desconocido,  
(08/07/2023,13:57:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?  
: No.
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc - 3 copas de aguardiente - media cerveza): Nunca.
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.  
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC? (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): No.  
35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?  
: No.  
40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?  
: No.  
41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?  
: No.  
43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
44. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.  
45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.  
46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.  
47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/09/2020,14:23:18)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
22. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
23. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
28. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
31. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
32. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
33. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
34. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
35. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
36. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
37. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
38. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
39. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
40. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
41. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
42. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(23/07/2020,11:43:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(15/07/2020,08:48:54)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

18. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

19. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

20. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

21. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

26. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?): No.  
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.  
32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
33. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.  
34. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.  
35. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada?: No.  
36. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
37. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
38. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
39. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
40. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/10/2019,11:17:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.  
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.  
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.  
12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?: No.  
13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?: No.  
14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
15. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
25. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.  
26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.  
27. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

## Antecedente Riesgo General

(08/02/2019,12:28:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

12. ¿Su madre y/o hermanas y/o tías maternas han tenido Cáncer de Mama?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

: No.

13. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

14. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

15. Usted ha lactado alguna vez?: No.

16. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

17. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

18. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

19. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

20. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

21. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

22. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

23. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

24. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

25. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

26. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.

27. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

31. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

32. ¿Su madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Cáncer de Mama con mutación genética conocida?: No.

33. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

35. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

36. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

37. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

38. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.

39. ¿Dispone de un resultado que indique que tiene una mutación genética conocida (BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Fraumeni)?

: No.

40. ¿Tiene biopsia(s) mamaria(s) con presencia de atipias (células sospechosas de cáncer)?

: No.

41. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

42. ¿Le han diagnosticado Cáncer de Mama?

: No.

43. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.

- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.

44. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

45. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

46. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

47. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

48. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

49. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

50. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

51. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Antecedente Riesgo General  
(12/12/2018,17:52:29)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(14/11/2018,18:53:04)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.  
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.  
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.  
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.  
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.  
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.  
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.  
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.  
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.  
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.  
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.  
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.  
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.  
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.  
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.  
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES      IDENTIFICACIÓN: CC 27082987      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.
- 39. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
- 40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
- 41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
- 42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
- 43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
- 44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(12/10/2018,13:05:58)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
16. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
17. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
18. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
19. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
20. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
21. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
22. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
23. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
24. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?  
: Nunca ha usado.
25. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
26. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
27. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
31. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
32. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
34. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
35. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
36. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenia una edad menor a 30 años?: No.  
37. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.  
38. ¿Actualmente se encuentra embarazada?: Si.  
- Su riesgo materno-fetal actual es bajo?: No.  
- Su riesgo materno-fetal actual es alto?: Si.  
39. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.  
40. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.  
41. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada?: No.  
42. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.  
43. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
44. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
45. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
46. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE \*\*\***

**08/07/2023 13:57:47. E.P.S Sanitas - MEDFAM S.A.S - PASTO, PASTO (SAN JUAN DE PASTO)**  
**Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Coral Manzano. Reg. Médico. 1085300415. Medicina General.**

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 90851793. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-3814759-1-1

Fecha de Nacimiento: 13/01/1978 Edad del paciente: 45 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otro personal administrativo trabajadores asimilados.

Dirección: CRA 23 NO 11 63 B SANTIAGO Teléfono: 3172498493 Ciudad: PASTO (SAN JUAN DE PASTO) Vinculación: Contributivo

Responsable: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES - Paciente Telefono: 3172498493.

Acompañante: Teléfono:

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES.

Motivo de consulta: "tengo gastritis".

Enfermedad Actual: Paciente con antecedente de Artritis Reumatoidea en manejo con ART MEDICA refiere hace 1 año posterior a ingesta de medicamentos paciente desarrolla cuadro de gastritis manejado con esomeprazol 20mg antiacidos sin mejoría, refiere distencion abdominal, epigastralgia persistente, cambios en la deposicion (constipacion, diarrea) por lo cual consulta..

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: Asintomático.

Neurológico: Asintomático.

Respiratorio: Asintomático.

Cardiovascular: Clase funcional I, realiza actividad física a la semana, niega angina niega disnea.

Gastrointestinal: Niega síntomas gastrointestinales altos. Deposición diaria, de características normales, sin sangre, niega dolor abdominal.

Genitourinario: Asintomático.

Osteomusculoarticular: Asintomático.

Piel y Faneras: Asintomático.

Endocrinológico: Asintomático.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(08/07/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 15, FUR: 01/07/2023, Confiabilidad: Confiable, Ciclo menstrual: 28x5, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**HÁBITOS SEXUALES**

(08/07/2023) ¿Ya inicio su vida sexual?: Si

**PLANIFICACIÓN**

(08/07/2023) Tipo de método de planificación: De barrera, Método de barrera: Condón, Tiempo de uso del método de planificación Barrera: 24 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(08/07/2023) Citología: No

**MAMOGRAFÍA**

(08/07/2023) Mamografía: No

**FÓRMULA OBSTÉTRICA**

(08/07/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 41, Fecha del último parto: 19/04/2019

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 71 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Peso: 76 Kg  
Talla: 1.72 m  
Índice de Masa Corporal: 25.69 (kg/m2) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 1.93 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, dolor a la palpacion a nivel de epigastrio, marco colonico, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES IDENTIFICACIÓN: CC 27082987 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

Paciente de 45 años de edad con antecedente de Artritis Reumatoidea en manejo con ART MEDICA, paciente cursa con cuadro de gastritis en manejo con IBP + antiácidos sin mejoría de síntomas, se solicita estudio endoscópico, además patología asociada a Colon irritable se instaura manejo y se dan recomendaciones en alimentación. Se dan signos de alarma en caso de presentarlos acudir por urgencias.

**DIAGNOSTICO**

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G2 V0 C2 E0 A0 V2 M0

Diagnóstico Principal: Gastritis crónica, no especificada (K295), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Síndrome del colon irritable sin diarrea (K589), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Trimebutina maleato 200mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 Tableta o Cápsula cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: tomar con el almuerzo.
2. ESomeprazol 40mg Tableta o Capsula de Liberación Retardada (Cub. Enterica): Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
3. Lactulosa 3.34gr/5mL (66.7%) Solución Oral Sobre: Tomar (vía Oral) 1 sobre cada 24 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 10, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA, No. 1, Paciente de 45 años de edad con antecedente de Artritis Reumatoidea en manejo con ART MEDICA, paciente cursa con cuadro de gastritis en manejo con IBP + antiácidos sin mejoría de síntomas, se solicita estudio endoscópico, además patología asociada a Colon irritable se instaura manejo y se dan recomendaciones en alimentación. Se dan signos de alarma en caso de presentarlos acudir por urgencias. Modalidad: AMBULATORIA.

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Se le explica su condición clínica importancia de no automedicarse, se le recuerdan sus derechos y deberes, se le recuerda los programas de p y p a los que puede acceder y como llegar a ellos, manejo de estrés y estilos de vida saludable. Se le explica sobre el manejo de residuos hospitalarios, plan hospitalario de emergencia y prevención de accidentes, importancia del lavado de manos. paciente comprende y acepta la explicación

SIGNOS DE ALARMA:

Se explica signos de alarma, control de acuerdo evolución por consulta externa o por urgencias si empeora o presenta algún cambio

ACTIVIDAD FÍSICA

Se brinda consejería en actividad física, según recomendación de la OMS, sesiones de 30 a 60 min de actividad física moderada mínimo 150 semanales, actividades como caminar, aeróbicas, puede fraccionarse durante el día en períodos iguales de 15 a 20 minutos. se debe iniciar de manera progresiva, según la tolerancia y se va aumentando el nivel de esfuerzo, la duración y la frecuencia semanal. suspender el ejercicio y consultar a médico en caso de presentar: desmayos, dolor en el pecho, sensación de palpitaciones que no ceden con el reposo, dificultad para respirar, dolores musculares o articulares de intensidad moderada a fuerte, mareos o dolores de cabeza

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medfam S.A.S - Pasto



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JACKELINE STELLA BENAVIDES BENAVIDES

IDENTIFICACIÓN: CC 27082987

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros