	<b>SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA</b>	Código: GDC – FT – 01
		Aprobación: DIC 2014
		Versión: 01
		Página 1 de 2

Fecha de la solicitud:

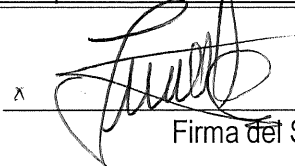
23	07	2019
DÍA	MES	AÑO

Datos del paciente		
Nombres del paciente	Primer apellido	Segundo apellido
JAIR	HUAZA	DÍAS
Tipo de identificación del paciente:		
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		
Número de identificación:	Entidad de salud:	
10,555,839	ADRESS	
Tipo de solicitud:		
CITA MEDICA		

Datos del Solicitante			
La historia está siendo solicitada por:	<input type="checkbox"/> El paciente	<input type="checkbox"/> Representante legal del paciente	<input type="checkbox"/> Aseguradora
<input type="checkbox"/> Familiar (Parentesco) _____	<input type="checkbox"/> Orden Judicial	<input type="checkbox"/> Otro cuál? _____	

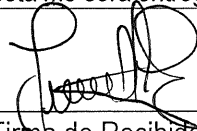
Espacio para diligenciar sólo si la solicitud la realiza una persona diferente al paciente		
Nombres del solicitante	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		
Número: _____		

**Requerido presentar autorización del paciente** delegándolo a usted como representante legal para solicitar una copia de la historia Clínica. Anexe fotocopia de los documentos de identidad tanto del paciente como el suyo.

	Nombre: JAIR HUAZA DIAS C.C.: 10555839 Teléfono: 315 731 3395
Firma del Solicitante	

#### DILIGENCIAR SÓLO A LA ENTREGA DE LA HISTORIA

Al firmar certifico que recibí una copia de la historia clínica solicitada. Igualmente el personal autorizado de la Clínica me informó, que de requerir una nueva copia esta me será entregada **ocho días hábiles** después de realizar la solicitud.

	22-7-2019 Fecha de entrega:
Firma de Recibido	

356524, 357050, 359237, 361238  
 419148, 412943, 402982, 405300, 409664, 404567  
 403582, 403463, 399399, 391356, 306219, 371567,  
 365660, 364999, 363316.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.555.839


HUAZA DINAS

APELLIDOS  
JAIR

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1961

PUERTO TEJADA  
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78  
ESTATURA



O+  
G.S. RH

M  
SEXO

31-JUL-1981 PUERTO TEJADA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2313900-00203134-M-0010555839-20091212 0018989970A 1 7340104494

NOMBRE DE PACIENTE

NUMERO DE IDENTIDAD

Jair Augusto Dinos  
10555839

COMPONENTE ASISTENCIAL

E: Entrega. R: Recibe. Se debe diligenciar la cantidad numérica de documentos. Si no aplica el campo a diligenciar, se registra NA:

SERVICIO							
N°	DOCUMENTO	E	R	E	R	E	R
1	Kardex Enfermería.						
2	Sábanas de Enfermería						
3	Resultados de Paraclínicos (EKG, Lecturas, Laboratorios, gases, etc.)		X				
4	Resultados de Apoyos Diagnósticos: (Ecocardiogramas, Tomografías, etc.)						
5	Consentimientos Informados (Anestesia, Procedimientos quirúrgicos, radiológicos, etc.)		X				
6	Consentimientos Informados (Anestesia, Procedimientos, etc.)						
7	Consentimiento Informado Transfusión Sanguínea.						
8	Transfusión Sanguínea.						
9	Hoja de perfusión (Cuando aplique).						
10	Valoración y Record de Anestesia (Cuando aplique).		X				
11	Hoja de Gastos Cirugía (Cuando aplique).						
12	Instrumentación y recuento de material médico quirúrgico.		X				
13	Lista de chequeo Prequirúrgica.						
14	Lista de chequeo paciente Pos Parto / Cesárea Inmediata.						
15	Formatos de Contingencia Hospitalaria						
16	Conciliación Medicamentosa						
17	Soporte de Diálisis.						
18	Escala de Dowton						
19	Ruta Quirúrgica		X				
20	CTC (Justificación NO POS)						
21	Disposición final de feto muerto (Cuando aplique).						
22	Monitoria Fetal (Cuando aplique).						
23	Acta Voluntaria (Cuando aplique).						
24	HC de Otras Instituciones en el caso de remisión.						
TOTAL							

Observaciones:

NOMBRE Y SELLO JEFE DE AREA  
RESPONSABLE

COMPONENTE ADMINISTRATIVO

DOCUMENTOS A VERIFICAR EN EL SISTEMA O FISICOS

25	Informe del ingreso del paciente						
26	Soportes administrativos paciente (copia del documento de identidad, FOSYGA, DNP, documentos SOAT, carné de pacientes (si aplica)).						
27	Formulario para diligenciamiento de FURIPS.						
28	Bitácora de ambulancia (si aplica).						
29	Certificación de tránsito - Croquis (si aplica).						

Observaciones:

<b>Historia:</b>	10555839	<b>Orden Número:</b>	201903040151
<b>Paciente:</b>	HUAZA DINAS JAIR	<b>Fecha y Hora de ingreso:</b>	2019-03-04 08:37
<b>Edad:</b>	57 Años	<b>Fecha de impresión:</b>	2019-03-11 12:00
<b>Género:</b>	Masculino	<b>SERVICIO:</b>	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
--------	-----------	-----------------------	----------

HEMATOLOGIA AUTOMATIZADA

**CUADRO HEMATICO**

**CUADRO ROJO**

RECuento DE ERITROCITOS	4.69	*	84 - 172	U/ml
HEMOGLOBINA	13.7	*	14 - 18	g/dl
HEMATOCRITO	42.8		40 - 55	%
MCV	91.0		80 - 100	um3
MCH	29.1		27 - 34	pg
MCHC	32.0		31.5 - 35	g/dl
RDW CV	15.5		11 - 15.5	%

**PLAQUETAS**

RECuento TOTAL DE PLAQUETAS	199		150 - 500	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
MPV	7.4		6.4 - 13	um3
INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	11.8			%

**CUADRO BLANCO**

RECuento DE LEUCOCITOS	7.40		4.9 - 9.4	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
NEUTROFILOS %	37.1	*	45 - 65	%
LINFOCITOS %	52.8	*	21 - 40	%
MONOCITOS %	7.0		4 - 10	%
EOSINOFILOS %	1.8		1 - 3.9	%
BASOFILOS %	1.3	*	0 - 1	%
NEUTROFILOS Abs	2.74		1.4 - 6.5	
LINFOCITOS Abs	3.90	*	1.2 - 3.4	
MONOCITOS Abs	0.52		0 - 0.7	
EOSINOFILOS Abs	0.13		0 - 0.7	
BASOFILOS Abs	0.10		0 - 0.2	

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 04/03/2019 9:10:19

COAGULACION AUTOMATIZADA

TIEMPO DE PROTROMBINA	15.4	13.6 - 16	seg
Deteccion Mecanica del Coagulo. Equipo STA COMPACT MAX			
PT CONTROL DIA	13.5		seg
INR	1.13		
ISI	0.96		
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	29.6	28 - 36	seg



CLINICA COLOMBIA  
LABORATORIO CLINICO CEDIT  
Nit: 830.114.846- 5

Página 2 De 2

Historia:	10555839	Orden Número:	201903040151
Paciente:	HUAZA DINAS JAIR	Fecha y Hora de ingreso:	2019-03-04 08:37
Edad:	57 Años	Fecha de impresión:	2019-03-11 12:00
Género:	Masculino	SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
<u>COAGULACION AUTOMATIZADA</u>			
Deteccion Mecanica del Coagulo. Equipo STA COMPACT MAX			
PTT CONTROL DIA	24.4		seg

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 04/03/2019 9:10:19

<b>Historia:</b>	10555839	<b>Orden Número:</b>	201903040151
<b>Paciente:</b>	HUAZA DINAS JAIR	<b>Fecha y Hora de ingreso:</b>	2019-03-04 08:37
<b>Edad:</b>	57 Años	<b>Fecha de impresión:</b>	
<b>Género:</b>	Masculino	<b>SERVICIO:</b>	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
--------	-----------	-----------------------	----------

HEMATOLOGIA AUTOMATIZADA

**CUADRO HEMATICO**

**CUADRO ROJO**

RECuento DE ERITROCITOS	4.69	*	84 - 172	U/ml
HEMOGLOBINA	13.7	*	14 - 18	g/dl
HEMATOCRITO	42.8		40 - 55	%
MCV	91.0		80 - 100	um3
MCH	29.1		27 - 34	pg
MCHC	32.0		31.5 - 35	g/dl
RDW CV	15.5		11 - 15.5	%

**PLAQUETAS**

RECuento TOTAL DE PLAQUETAS	199		150 - 500	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
MPV	7.4		6.4 - 13	um3
INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	11.8			%

**CUADRO BLANCO**

RECuento DE LEUCOCITOS	7.40		4.9 - 9.4	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
NEUTROFILOS %	37.1	*	45 - 65	%
LINFOCITOS %	52.8	*	21 - 40	%
MONOCITOS %	7.0		4 - 10	%
EOSINOFILOS %	1.8		1 - 3.9	%
BASOFILOS %	1.3	*	0 - 1	%
NEUTROFILOS Abs	2.74		1.4 - 6.5	
LINFOCITOS Abs	3.90	*	1.2 - 3.4	
MONOCITOS Abs	0.52		0 - 0.7	
EOSINOFILOS Abs	0.13		0 - 0.7	
BASOFILOS Abs	0.10		0 - 0.2	

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 04/03/2019 9:10:19

COAGULACION AUTOMATIZADA

TIEMPO DE PROTROMBINA	15.4	13.6 - 16	seg
Deteccion Mecanica del Coagulo. Equipo STA COMPACT MAX			
PT CONTROL DIA	13.5		seg
INR	1.13		
ISI	0.96		
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	29.6	28 - 36	seg



**CLINICA COLOMBIA**  
**LABORATORIO CLINICO CEDIT**

Nit: 830.114.846- 5

Informe Previo

Página 2 De 2

<b>Historia:</b>	10555839	<b>Orden Número:</b>	201903040151
<b>Paciente:</b>	HUAZA DINAS JAIR	<b>Fecha y Hora de ingreso:</b>	2019-03-04 08:37
<b>Edad:</b>	57 Años	<b>Fecha de impresión:</b>	
<b>Género:</b>	Masculino	<b>SERVICIO:</b>	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
<u>COAGULACION AUTOMATIZADA</u>			
Deteccion Mecanica del Coagulo. Equipo STA COMPACT MAX			
PTT CONTROL DIA	24.4		seg

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 04/03/2019 9:10:19



CLINICA COLOMBIA  
LABORATORIO CLINICO CEDIT

Nit: 830.114.846- 5

Informe Previo

Página 2 De 2

<b>Historia:</b>	10555839	<b>Orden Número:</b>	201903040151
<b>Paciente:</b>	HUAZA DINAS JAIR	<b>Fecha y Hora de ingreso:</b>	2019-03-04 08:37
<b>Edad:</b>	57 Años	<b>Fecha de impresión:</b>	2019-03-11 12:00
<b>Género:</b>	Masculino	<b>SERVICIO:</b>	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
<u>COAGULACION AUTOMATIZADA</u>			
Deteccion Mecanica del Coagulo. Equipo STA COMPACT MAX			
PTT CONTROL DIA	24.4		seg

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 04/03/2019 9:10:19



<b>Historia:</b>	10555839	<b>Orden Número:</b>	201903040151
<b>Paciente:</b>	HUAZA DINAS JAIR	<b>Fecha y Hora de ingreso:</b>	2019-03-04 08:37
<b>Edad:</b>	57 Años	<b>Fecha de impresión:</b>	2019-03-11 12:00
<b>Género:</b>	Masculino	<b>SERVICIO:</b>	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado		Valores de Referencia	Unidades
<u>HEMATOLOGIA AUTOMATIZADA</u>				
<b>CUADRO HEMATICO</b>				
CUADRO ROJO				
RECuento DE ERITROCITOS	4.69	*	84 - 172	U/ml
HEMOGLOBINA	13.7	*	14 - 18	g/dl
HEMATOCRITO	42.8		40 - 55	%
MCV	91.0		80 - 100	um3
MCH	29.1		27 - 34	pg
MCHC	32.0		31.5 - 35	g/dl
RDW CV	15.5		11 - 15.5	%
PLAQUETAS				
RECuento TOTAL DE PLAQUETAS	199		150 - 500	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
MPV	7.4		6.4 - 13	um3
INDICE DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	11.8			%
CUADRO BLANCO				
RECuento DE LEUCOCITOS	7.40		4.9 - 9.4	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
NEUTROFILOS %	37.1	*	45 - 65	%
LINFOCITOS %	52.8	*	21 - 40	%
MONOCITOS %	7.0		4 - 10	%
EOSINOFILOS %	1.8		1 - 3.9	%
BASOFILOS %	1.3	*	0 - 1	%
NEUTROFILOS Abs	2.74		1.4 - 6.5	
LINFOCITOS Abs	3.90	*	1.2 - 3.4	
MONOCITOS Abs	0.52		0 - 0.7	
EOSINOFILOS Abs	0.13		0 - 0.7	
BASOFILOS Abs	0.10		0 - 0.2	

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 04/03/2019 9:10:19

COAGULACION AUTOMATIZADA

TIEMPO DE PROTROMBINA	15.4	13.6 - 16	seg
Deteccion Mecanica del Coagulo. Equipo STA COMPACT MAX			
PT CONTROL DIA	13.5		seg
INR	1.13		
ISI	0.96		
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	29.6	28 - 36	seg



CLINICA COLOMBIA  
LABORATORIO CLINICO CEDIT

Nit: 830.114.846- 5

Informe Previo

Página 1 De 1

<b>Historia:</b>	10555839	<b>Orden Número:</b>	201903060232
<b>Paciente:</b>	HUAZA DINAS JAIR	<b>Fecha y Hora de ingreso:</b>	2019-03-06 11:01
<b>Edad:</b>	57 Años	<b>Fecha de impresión:</b>	2019-03-11 12:00
<b>Género:</b>	Masculino	<b>SERVICIO:</b>	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
<u>BIOQUIMICA AUTOMATIZADA</u>			
CREATININA SERICA	1.67	0.8 - 1.5	mg/dl
METODO: PRUEBA COLORIMETRICO - QUIMICA SECA			

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE

Validado: 06/03/2019 12:25:33

# REGISTRO DE ANESTESIA

¿ EL ANESTESIOLO QUE ADMINISTRÓ LA ANESTESIA ES FAMILIAR? ¿ COMO QUE HIZO LA EVALUACIÓN ? SI NO  
 ¿ EN CASO NEGATIVO, REVISÓ Y CONFIRMÓ CON EL PACIENTE, FAMILIARES E H C LA EVALUACIÓN ? SI NO  
 ¿ REVISÓ MÁQUINA DE ANESTESIA, EQUIPO DE VÍA AÉREA, DROGA O ASPIRADOR, VÍA VENOSA, MONITORIA? SI NO  
 ¿ ALGUNA OBSERVACIÓN PREVIA SOBRE EL PACIENTE O SUS FAMILIARES ? DETALLE EN LA HC

HORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AGENTES															
MONITORIA															

TAX	F.C.	INSERCIÓN	INSERCIÓN	RESPIR	TEMP	PELO	CONT	TIEMPO
30	200							CIRUGÍA
30	160							ANESTESIA
34	160							VENTILACIÓN MECÁNICA
X 32	140							V.C.
30	120							F.R.
20	100							P.MAX.
80								
60								
40								
20								

DROGAS

INFUSIONES

SANGRADO

DIURESIS

POSICIÓN

1	TÉCNICA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS	LÍQUIDOS ELIMINADOS
2	CONDUCTIVA BLOQUEO <input type="checkbox"/>	L. RINGER	SANGRE
3	PERIDURAL <input type="checkbox"/> CAUDAL <input type="checkbox"/> SITIO	SOLUCIÓN SALINA	ORINA
4	RAQUÍDEA <input type="checkbox"/> ARI <input type="checkbox"/> AGUA	COLOIDES	S.N.G.
5		SANGRE	
6	SIMPLE <input type="checkbox"/> CONTINUA <input type="checkbox"/> NIVEL		
7	GENERAL	TOTAL	TOTAL
8	INDUCCIÓN R L SEMI SELUCK	RECÉN NACIDO - APGAR	ESTADO FINAL AL SALIR DE S. DE O.
9	SISTEMA SA <input type="checkbox"/> CIRC SC <input type="checkbox"/> UNDIR C <input type="checkbox"/>	SEXO HORA	CONCIENTE <input type="checkbox"/> TUBOT <input type="checkbox"/>
10	TUBO No. OT NT NEUMOT	1 m 5 m 10 m	SEMICONCIENTE <input type="checkbox"/> VENTILADOR <input type="checkbox"/>
11	CARRETA MASC. LAR	PEDIATRIA	PROFUNDO <input type="checkbox"/> U.C.L. <input type="checkbox"/>
12	COND + GEII	INSTRUMENTADORA	EXTUBADO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
13	OTRA	CIRCULANTE	INTUBADO <input type="checkbox"/>
14		CONTEO COMPRESAS	ANALGESIA POSTOP.
			ALORETE AL LLEGAR A RECUPERACIÓN
			LABORATORIO INTRAOPERATORIO - NOTAS COMPLICACIONES

DIAGNÓSTICO

OPERACIÓN

CIRUJANOS

ANESTESIOLOGOS

DAR DETALLE EN LA HC

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE
---------------	---------------	--------

H.C.	ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	CIRUGÍA PROPUESTA
------	--------------	--------------	---------------------------	-------------------

SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	FR:	T:
-------	-------	-------	------	-----	-----	-----	----

CARDIOVASCULAR: HTA, ENFERMEDAD CORONARIA ANGINA, ARRIMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA  
TROMBOFLEBITES, ACCESOS VENOSOS CALSENYHA

RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO, TBC OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA, ESRUTO, CIFOESCOLIOSIS

METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL ESTEROIDES, OBESIDAD

GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA SANGRADO, HERNIA HITAL, OBSTRUCCIÓN

RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS

NEUROLOGICO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLIAN BARRE, HIPERTENCIÓN. GLASGOW.

MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFESCOLOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.

HEMATOLOGICO ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGUANTES, REACCIÓN ATRANSFUCIÓN.

HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICA VIAS BILIARES.

ALERGIAS:

GINECO-OBSTETRICO: F.U.M. ANABULATORIOS, EMBARAZO

DROGAS:


ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA - FECHA - COMPLICACIONES

PREDICCIÓN INTUBACIÓN OTROS: HIV - TESTIGO DE JEHOVA - ALCOHOLISMO - DROGADICCIÓN - RAZA

EXAMENES DE LABORATORIO

ASA 1	2	3	4	5	U	RESERVA	PLAN ANESTESICO	PREMEDICACIÓN
-------	---	---	---	---	---	---------	-----------------	---------------

ANESTESICO: FECHA DE EVALUACIÓN:

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES SALA DE CIRUGÍA</b>	Código: CC-CIR-FT-015
		Página 1 de 2
		Versión: 1

(Ordenado por el artículo 15 de la Ley 23/81 y Resolución 2003 de 2014)

1. Yo DAIR HUIZA DINAS identificado(a) con C.C. 10555889 de PTO TEJADA -CAUCA por medio de la presente autorizó al profesional médico de **Clínica Colombia ES Fabilu**, para realizar procedimiento quirúrgico aquí descrito; teniendo en cuenta que si surge alguna condición imprevista durante el procedimiento, que (por el juicio del médico) exige otro procedimiento doy mi autorización para hacerlo si considera aconsejable; además de la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo previa la toma de muestras adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.

2. En caso de paciente menor de 18 años o en estado de: inconsciencia, discapacidad mental o limitaciones para decidir por sí mismo. (Llenar este espacio)

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de PADRE \_\_\_\_\_ ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ HERMANO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ Obrando como representante del paciente en mención, para lo cual declaro y acepto lo consignado en este documento.

3. Se \_\_\_\_\_ me \_\_\_\_\_ ha \_\_\_\_\_ informado \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ el procedimiento Arterioscopia hombro es comúnmente utilizado para efectos de obtener valiosa y necesaria información diagnóstica.

\_\_\_\_\_ Le explico muy bien todo \_\_\_\_\_

4. Riesgos: infección, LTA, sangrado, TGO, SEP, hipotensión, maliquia, mala coagulación, dolor, anestesia etc

5. ALTERNATIVAS \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
NO causar

6. Responsabilidad del Usuario: El paciente, familiar o acompañante deben comprometerse a brindar información confiable y fidedigna sobre el estado de salud y sobre los síntomas que se le presenten durante la realización del estudio. Es importante reiterar que el paciente es responsable de dar información cuando le sea solicitada por algún miembro del equipo de salud.

7. Autorización de obtener imágenes o videos de ser el caso.

6. El (los) profesional (es) médicos Sanny Giron Especialista en Arterioscopia me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria, no requiero ninguna información adicional, además estoy consciente de que puede haber procedimientos alternativos u otros métodos del tratamiento disponibles. Estoy consciente de los riesgos y las complicaciones posibles de los procedimientos.

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES SALA DE CIRUGÍA</b>	Código: CC-CIR-FT-015
		Página 2 de 2
		Versión: 1

9. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente todo el documento, que los campos en blanco han sido diligenciados previos a mi firma y que me encuentro en capacidad mental de autorizar libremente y sin presiones el presente consentimiento.

10. Para constancia se firma el día: 09 del mes de 03 año: 2021 en presencia de los que firman el presente documento, que **Acepto** ☐ **No acepto:** ☐ el procedimiento aquí descrito.

FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

ID 10555837


**Dr. Sammy Orozco Garcia**  
Ortopedia y Traumatología  
Cirugía Artroscópica  
Tel: 17577-87

FIRMA DE MÉDICO PROFESIONAL  
R.M.

FIRMA DE TESTIGO

ID 31912013

GRUPO ESPECIALISTA (Escriba la especialidad)

 <b>CLÍNICA COLOMBIA</b> <i>Salud Para Todos</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO</b>	<b>Código:</b> CC-CIR-FT-001
		<b>Actualización:</b> 30/11/2017
		<b>Version:</b> 1
		<b>Página:</b> 1 de 2

(Ordenado por el artículo 15 de la Ley 23/81 y por los derechos del paciente)

1. Yo DAR HUIZA DNAS. identificado(a) con C.C. 10555839 de PIO TENOA - COUCA.

Por la presente autorizó a los médicos anesestiólogos de CLINICA COLOMBIA ES. Para realizar el acto anestésico, procedimiento a efectuar.

2. En caso de paciente menor de 18 años, inconsciente, con presencia de discapacidad mental o limitaciones para decidir por sí mismo. (Llenar este espacio)

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de PADRE \_\_\_\_\_  
 ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ HERMANO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

Obrando como representante del paciente en mención, para lo cual declaró y aceptó lo consignados en este documento.

3. El anesestiólogo me ha explicado la naturaleza y proposito del procedimiento anestésico a realizarse en mi o en mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones.

4. Certifico que el médico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos o gripa, cirugías y anestesiass anteriores, alergias, posibilidades de embarazo, uso de medicamentos en la actualidad, consumo de drogas, alcohol o cigarrillo, exámenes de laboratorio, hora de la última comida. De igual manera, seguiré sus recomendaciones sobre ayuno, reposo, medicamentos formulados por el profesional y otras indicaciones.

5. Los efectos secundarios más frecuentes de la anestesia son: nauseas, vomito, mareos, somnolencia, dolor de cabeza, ronquera, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de espalda, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y dientes, infecciones de piel, o sitios de inyección, hematomas, dolor en la vena arterial puncionadas entre otros.

6. La complicaciones más graves son poco frecuentes e incluyen: lesión del sistema nervioso central o de nervios periféricos, daños de los ojos, daño de las cuerdas vocales, o de tráquea, neumonía, recuerdos intraoperatorios, alergias y reacciones adversas a los medicamentos, infarto del miocardio, trombosis o embolia pulmonar, incluso muerte.

7. El procedimiento especifico a realizar es para tratamiento o diagnóstico (Escriba el nombre del procedimiento quirúrgico):

Atendimiento de Herida 53y

8. El procedimiento se realizar bajo anestesia: General: X Inhalatoria:      General endovenosa:       
General combinada:      Bloqueo Periférico:      Peridural:      Sedación:      Raquídea:     .
9. Entiendo que durante el curso de la anestesia puede presentarse situaciones que requieran cambiar el procedimiento anestésico o llevar a cabo actos médicos adicionales, por tanto autorizó la realización de estos procedimientos si resultan necesarios, en estos casos el medico también obrara en mi beneficio, teniendo en cuenta mi seguridad o de mi acudido como prioridad.
10. El (los) médicos me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondida en forma satisfactoria.
11. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente todo el documento, que los campos en blanco han sido diligenciados previos a mi firma y que me encuentro en capacidad mental de autorizar libremente y sin presiones el presente consentimiento.

Para constancia se firma el día 09 del mes de: 03 año: 2019 en presencia de los que firman el presente documento.



FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

ID 10555839

*Marihom Copete Ibarquén*

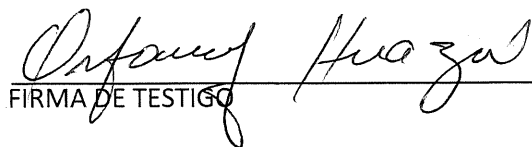
Médico Anestesiólogo

C.C. 1131604251

Registro Médico TB-3606-11

FIRMA DE PROFESIONAL EN ANESTESIOLOGÍA

ID



FIRMA DE TESTIGO

ID 31912013





CLINICA COLOMBIA  
LABORATORIO CLINICO CEDIT  
Nit: 830.114.846- 5

Página 1 De 1

Historia:	10555839	Orden Número:	201903060232
Paciente:	HUAZA DINAS JAIR	Fecha y Hora de ingreso:	2019-03-06 11:01
Edad:	57 Años	Fecha de impresión:	2019-03-11 12:00
Género:	Masculino	SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Valores de Referencia	Unidades
<u>BIOQUIMICA AUTOMATIZADA</u>			
CREATININA SERICA	1.67	*	0.8 - 1.5
METODO: PRUEBA COLORIMETRICO - QUIMICA SECA			

Validado por: YURANIS SALAS VALIENTE


Validado: 06/03/2019 12:25:33


REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **10.555.839**  
**HUAZA DINAS**

APELLIDOS  
**JAIR**

NOMBRES

  
FIRMA





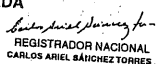
FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-1961**  
**PUERTO TEJADA**  
(CAUCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78**  
ESTATURA


**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**31-JUL-1981 PUERTO TEJADA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2313900-00203134-M-0010555839-20091212 0018989970A 1 7340104494

# INFORME DEL INGRESO DEL PACIENTE

*Archivo  
Gentil*

## OBSERVACIÓN: PACIENTE CON HISTORIA CLINICA

MEDICO	SAMMY OROZCO GARCIA		
Nº INGRESO	399399	FECHA INGRESO	09/04/2019 06:20 am
Nº CUENTA	432079		
PACIENTE	CC 10555839	JAIR HUAZA DINAS	
EDAD	57 Años	DIRECCION	CALLE 16 18A 51
LUGAR RESIDENCIA	COLOMBIA -VALLE DEL CAUCA -CALI	TELÉFONO	3157313395
TIPO AFILIADO	Beneficiario	RANGO: 1	SEMANAS COTIZADAS: 0
ENTIDAD	NIT 901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	
PLAN	ADRES 2019		
VIA DE INGRESO	Remitido	RESPONSABLE: CLAUDIA PATRICIA PENA PINEDA	

Nº PROGRAMACION	67000	CIRUJANO	SAMMY OROZCO GARCIA
ANESTESIOLOGO		AYUDANTE	
DIAGNOSTICO			
PROCEDIMIENTO	818302 - ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		
PROCEDIMIENTO	836302 - SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VIA ENDOSCOPICA		
PROCEDIMIENTO	807103 - SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA		

Nombre del Paciente: José Iván Jinas No de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Edad: 57 Sexo: ☐ F ☒ M Entidad: \_\_\_\_\_  
 Procedimiento: Artroscopia Hombro  
 Fecha de procedimiento: Abel-9-19  
 Quirófano No: 4 Duración del Procedimiento: \_\_\_\_\_  
 Cirujano: Samy O Ayudante: \_\_\_\_\_  
 Anestesiólogo: \_\_\_\_\_ Circulante: Jessica

REGISTRO DE INDICADORES QUIMICOS DE ESTERILIZACIÓN

Indicadores / Integrantes Químicos paquete(s)  
Quirúrgico (s)

Indicadores / Integrantes Químicos Equipo No. 1

Placa #3

L: 54. Pemasen

1243 A  
DARK BAR MUST  
PASS THIS POINT  
REJECT ACCEPT

Indicadores / Integrantes Químicos Equipo No. 3

REGISTRO ESPECIAL DEL PROCEDIMIENTO

\*Instrumental completo

\*Implantes o material de osteosíntesis

\*Patologías

\*Cultivos

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

N° de Muestras \_\_\_\_\_

N° de Muestras \_\_\_\_\_

Conteo Inicial	Conteo Final
<u>2</u>	<u>2</u>
<u>1</u>	<u>1</u>

\*No. Aguja:

\*No. Hojas de bisturí:

\*No. Compresas:

\*No. Cotonoides:

\*No. Gasas:

\*No. Otros:

Conteo Inicial	Conteo Final

Instrumentador: Oscar Reyes  
Nombre completo y sello

Paciente Empaquetado:

☐ SI ☐ NO

No. Compresas:

No. Rollos:

9 April 2019

TAX	TIEMPO
P.C.	CIRUGIA
INYECCION P.N.	ANESTESIA
X	VENTILACION MECANICA
INYECCION P.N.	V.C.
REOP O	500 FR. 12
TEMP A	P.MAX 12
PESO	
ANOT	
OTRO	

DROGAS		Fair Huguana		cc: 10555839	
INFUSIONES					
SANGRADO					
DIURESIS					
POSICIÓN					
1	Supina 200ms	TECNICA		LÍQUIDOS ADMINISTRADOS	
2		CONDUCTIVA	BLOQUEO <input type="checkbox"/>	L. RINGER	
3	Truncal 100ms	PERIDURAL <input type="checkbox"/>	CAUDAL <input type="checkbox"/>	SOLUCIÓN SALINA 1500	
4		RAQUÍDEA <input type="checkbox"/>	ARI <input type="checkbox"/>	COLOIDES	
5			AGUA <input type="checkbox"/>	SANGRE	
6		SIMPLE <input type="checkbox"/>	CONTINUA <input type="checkbox"/>		
7		GENERAL <input type="checkbox"/>	NIVEL <input type="checkbox"/>	TOTAL	
8		INDUCCIÓN	R L SEMI SELUCK	RECÉN NACIDO APGAR	
9		SISTEMA	CIRC UNDIR	SEXO HORA	
10		TUBO No. 7.5	OT NT NEUMOT	1 m 5 m 10 m	
11		CARRETA	MASC. LAR	PEDIATRIA	
12		COND + GEII		INSTRUMENTADORA OSCAR	
13		OTRA		CIRCULANTE GUSTO	
14				CONTEO COMPRESAS COPIE	
DIAGNÓSTICO				LABORATORIO INTRAOPERATORIO - NOTAS COMPLICACIONES	
OPERACIÓN					
CIRUJANOS					
ANESTESIOLOGOS					



tiene Carpetas

Fecha : 2/05/2019

Atendio : 4898 - ANDRES FELIPE TOBAR CAICEDO

Identifi: CC 10555839

Paciente: JAIR HUAZA DINAS

Edad : 57 Años Sexo :M

HC : CC10555839

Cliente : ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Plan : ADRES 2019

Tipo Afiliado: Otros

Profesional: ANDRES FELIPE TOBAR CAICEDO

Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGO

Diagnosticos: J383 - R490

### SOLICITUD DE SERVICIOS

4688274 - 306001P - ( 1 ) PAQUETE FIBRONASOLARINGOSCOPIA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: J383 - OTRAS ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES

ANDRÉS F. TOBAR

ANDRÉS F. TOBAR  
OTORRINOLARINGOLOGO  
U.M.H.C. RM. 194267

Bayo Sedacion en  
guinefano?  
Pronto

Nombres y Apellidos del Médico: ANDRES FELIPE TOBAR CAICEDO

CC - 4614876 - 194267/2004

CLINICA COLOMBIA ES  
CONSULTA EXTERNA

CLINICA COLOMBIA ES  
AUTORIZADO

02/05/2019



## CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES SALA DE CIRUGÍA

Código: CC-CIR-FT-015

Página 1 de 2

Versión: 1

(Ordenado por el artículo 15 de la Ley 23/81 y Resolución 2003 de 2014)

1. Yo Juan Pablo Identificado(a) con C.C. 10555839 de ES FAMILIAR por medio de la presente autorizó al profesional médico de Clínica Colombia ES FAMILIAR, para realizar procedimiento quirúrgico aquí descrito; teniendo en cuenta que si surge alguna condición imprevista durante el procedimiento, que (por el Juicio del médico) exige otro procedimiento doy mi autorización para hacerlo si considera aconsejable; además de la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo previa la toma de muestras adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.

2. En caso de paciente menor de 18 años o en estado de: inconsciencia, discapacidad mental o limitaciones para decidir por sí mismo. (Llenar este espacio)

Yo Juan Pablo Identificado(a) con C.C. 10555839 de ES FAMILIAR en calidad de PADRE ESPOSO(A) HERMANO OTRO Obrando como representante del paciente en mención, para lo cual declaro y acepto lo consignado en este documento.

3. Se me ha informado que el procedimiento Nasofibroscopia comúnmente utilizado para efectos de obtener valiosa y necesaria información diagnóstica.

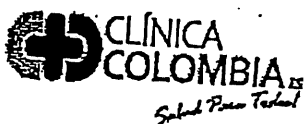
4. Riesgos: Sangrado, lesión Vía aérea, Supresión

5. ALTERNATIVAS Ninguna DE TRATAMIENTO:

6. Responsabilidad del Usuario: El paciente, familiar o acompañante deben comprometerse a brindar información confiable y fidedigna sobre el estado de salud y sobre los síntomas que se le presenten durante la realización del estudio. Es importante reiterar que el paciente es responsable de dar información cuando le sea solicitada por algún miembro del equipo de salud.

7. Autorización de obtener imágenes o videos de ser el caso.

6. El (los) profesional (es) médicos Andrés Felipe Especialista en Otorrinolaringología me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria, no requiero ninguna información adicional, además estoy consciente de que puede haber procedimientos alternativos u otros métodos del tratamiento disponibles. Estoy consciente de los riesgos y las complicaciones posibles de los procedimientos.



# CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIONES SALA DE CIRUGÍA

Código: CC-CIR-FT-015

Página 2 de 2

Versión: 1

9. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente todo el documento; que los campos en blanco han sido diligenciados previos a mi firma y que me encuentro en capacidad mental de autorizar libremente y sin presiones el presente consentimiento.

10. Para constancia se firma el día: 4 del mes de junio año: 2017 en presencia de los que firman el presente documento, que Acepto: ☒ No acepto: ☐ el

FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

ID

10555939

*Amores Jember*

FIRMA DE MÉDICO PROFESIONAL

R.M.

4 junio 19

FIRMA DE TESTIGO

ID

17623339

*Strommelungología*

GRUPO ESPECIALISTA (Escriba la especialidad)



8. El procedimiento se realizar bajo anestesia: General: \_\_\_ Inhalatoria: \_\_\_ General endovenosa: \_\_\_ General combinada: \_\_\_ Bloqueo Periférico: \_\_\_ Peridural: \_\_\_ Sedación: \_\_\_ Raquídea: \_\_\_.
9. Entiendo que durante el curso de la anestesia puede presentarse situaciones que requieran cambiar el procedimiento anestésico o llevar a cabo actos médicos adicionales, por tanto autorizó la realización de estos procedimientos si resultan necesarios, en estos casos el medico también obrara en mi beneficio, teniendo en cuenta mi seguridad o de mi acudido como prioridad.
10. El (los) médicos me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondida en forma satisfactoria.
11. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente todo el documento, que los campos en blanco han sido diligenciados previos a mi firma y que me encuentro en capacidad mental de autorizar libremente y sin presiones el presente consentimiento.

Para constancia se firma el día 4 del mes de: 6 año: 2019 en presencia de los que firman el presente documento.

X   
FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

X ID 10555839

FIRMA DE PROFESIONAL EN ANESTESIOLOGÍA

ID

X   
FIRMA DE TESTIGO

X ID 14623339

(Ordenado por el artículo 15 de la Ley 23/81 y por los derechos del paciente)

1. Yo X identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por la presente autorizó a los médicos anestesiólogos de CLINICA COLOMBIA ES. Para realizar el acto anestésico, procedimiento a efectuar.

2. En caso de paciente menor de 18 años, inconsciente, con presencia de discapacidad mental o limitaciones para decidir por sí mismo. (Llenar este espacio)

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de PADRE \_\_\_\_\_  
ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ HERMANO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

Obrando como representante del paciente en mención, para lo cual declaró y aceptó lo consignados en este documento.

3. El anestesiólogo me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mi o en mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones.

4. Certifico que el médico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos o gripa, cirugías y anestesias anteriores, alergias, posibilidades de embarazo, uso de medicamentos en la actualidad, consumo de drogas, alcohol o cigarrillo, exámenes de laboratorio, hora de la última comida. De igual manera, seguiré sus recomendaciones sobre ayuno, reposo, medicamentos formulados por el profesional y otras indicaciones.

5. Los efectos secundarios más frecuentes de la anestesia son: náuseas, vómito, mareos, somnolencia, dolor de cabeza, ronquera, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de espalda, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y dientes, infecciones de piel, o sitios de inyección, hematomas, dolor en la vena arterial puncionadas entre otros.

6. La complicaciones más graves son poco frecuentes e incluyen: lesión del sistema nervioso central o de nervios periféricos, daños de los ojos, daño de las cuerdas vocales, o de tráquea, neumonía, recuerdos intraoperatorios, alergias y reacciones adversas a los medicamentos, infarto del miocardio, trombosis o embolia pulmonar, incluso muerte.

7. El procedimiento específico a realizar es para tratamiento o diagnóstico (Escriba el nombre del procedimiento quirúrgico):



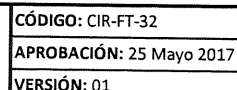
- tiene carpeta -  
**INFORME DEL INGRESO DEL PACIENTE**

cf Archivo  
Gentil

**OBSERVACIÓN: PACIENTE CON HISTORIA CLINICA**

<b>MEDICO</b>	<b>ANDRES FELIPE TOBAR CAICEDO</b>		
<b>Nº INGRESO</b>	<b>412943</b>	<b>FECHA INGRESO</b>	<b>04/06/2019 08:53 am</b>
<b>Nº CUENTA</b>	<b>446493</b>		
<b>PACIENTE</b>	<b>CC 10555839</b>	<b>JAIR HUAZA DINAS</b>	
<b>EDAD</b>	<b>57 Años</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>CALLE 16 18A 51</b>
<b>LUGAR RESIDENCIA</b>	<b>COLOMBIA -VALLE DEL CAUCA -CALI</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>3157313395</b>
<b>TIPO AFILIADO</b>	<b>Beneficiario</b>	<b>RANGO: 1</b>	<b>SEMANAS COTIZADAS: 0</b>
<b>ENTIDAD</b>	<b>NIT 901037916</b>	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	
<b>PLAN</b>	<b>ADRES 2019</b>		
<b>VIA DE INGRESO</b>	<b>Remitido</b>	<b>RESPONSABLE: GLORIA ELENA TABARES VANEGAS</b>	
<b>Nº PROGRAMACION</b>	<b>68599</b>	<b>CIRUJANO</b>	<b>ANDRES FELIPE TOBAR CAICEDO</b>
<b>ANESTESIOLOGO</b>		<b>AYUDANTE</b>	
<b>DIAGNOSTICO</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>306001P - PAQUETE FIBRONASOLARINGOSCOPIA</b>		

0





## RUTA QUIRÚRGICA

Código: CC-CIR-FT-007

Actualización: 15/01/2017

Versión: 01

Página: 1 de 4

Segundo reto mundial por la seguridad del paciente

LA CIRUGÍA SEGURA, SALVA VIDAS

### ADMISIÓN CIRUGÍA

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Inicial Procedimiento: Artroscopia, Sutura del Manguito Rotador

Fecha: 08/04/19

Hora: 6:45 AM

Nombre del Paciente Completo: Jair Hoera Dinco

Edad: 57

N° de Identificación: 10555839

EPS: ADP

#### DATOS DEL EQUIPO DE CIRUGÍA

Cirujano: Dr Orozco

Anestesiólogo: lopele

Instrumentadora: Oscar.

Circulante: Jessica

Circulante: —

Ayudante quirúrgico: Vargas.

N° de Quirofano: 4

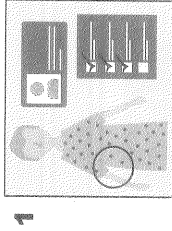
#### VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Familiar y usuario firman CONSENTIMIENTOS INFORMADOS?

QUIRÚRGICO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANESTÉSICO	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TRANFUSIÓN HEMODERIVADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AMPUTACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

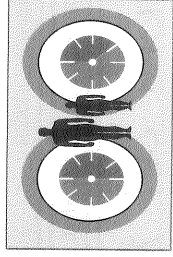
**INGRESO A LA SALA DE CIRUGIA**

Marque con X según corresponda:



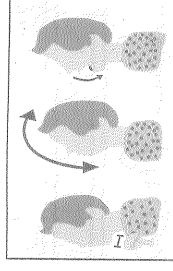
SI ☒ NO ☐

Identidad, sitio, procedimiento y consentimiento.



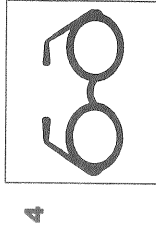
SI ☒ NO ☐

Ayuno adecuado necesario.



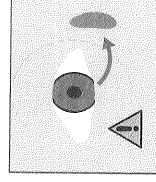
SI ☒ NO ☐

Revisión de vía aérea.



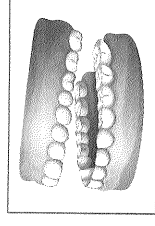
SI ☐ NO ☒

Retirar gafas.



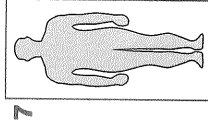
SI ☐ NO ☒

Retirar lentes de contacto.



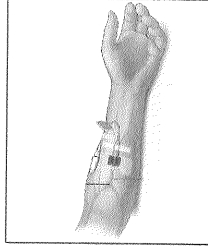
SI ☐ NO ☒

Retirar prótesis dentales.



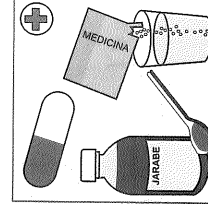
SI ☐ NO ☐

Localización quirúrgica marcada.



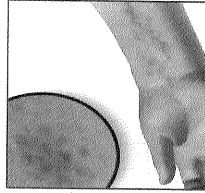
SI ☒ NO ☐

Tiene acceso venoso permeable.



¿Cuáles?  
SI ☒ NO ☐

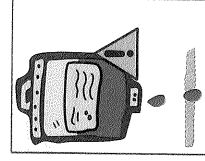
Medicamentos prescritos.



SI ☐ NO ☒

¿Alergias conocidas?

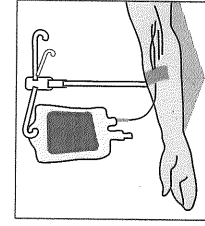
Cuáles: \_\_\_\_\_



SI ☐ NO ☒

¿Riesgo de hemorragia?

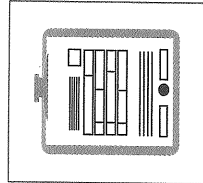
Cuáles: \_\_\_\_\_



SI ☐ NO ☒

¿Hemoderivados disponibles?

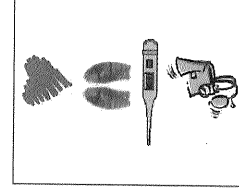
Cuáles: \_\_\_\_\_



SI ☒ NO ☐

¿Antecedentes de importancia?

Cuáles: \_\_\_\_\_



SI ☒ NO ☐

Registro de signos vitales:

T/A: 140/80  
T: \_\_\_\_\_  
FC: 62  
FR: \_\_\_\_\_  
SO<sub>2</sub>: 99  
GLUCOMETRIA: 149



SI ☒ NO ☐

¿Administración de profilaxis antibiótica?

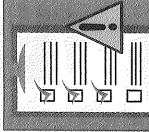
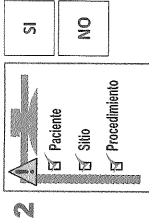
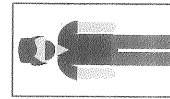
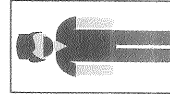
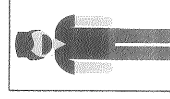
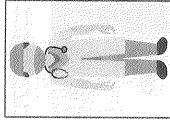
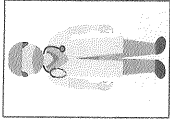
Nombre antibiótico profilático:

cefalotina  
Dosis: \_\_\_\_\_ gr.  
HORA INICIO: \_\_\_\_\_  
HORA FINAL: \_\_\_\_\_

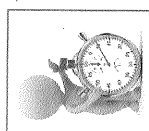
**ANTES DE LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA**

Marque con una X la confirmación de identificación y función del equipo de cirugía:

1 Anestesiólogo: ☒ Cirujano: ☒ Instrumentador: ☒ Circulante: ☐ Ayudante Quirúrgico: ☒



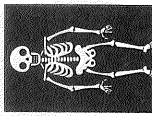
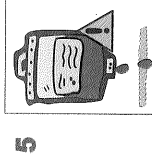
Cuales?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



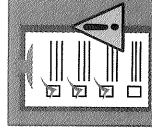
Confirman verbalmente: Paciente correcto, sitio correcto y procedimiento correcto.

¿Puntos críticos y dificultades del paciente?

Duración estimada de la cirugía:



SI ☐ NO ☒

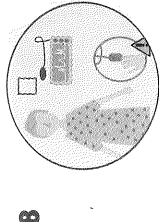


Cuales?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

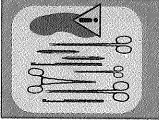
¿Pérdida estimada de sangre?

Imagenología disponible y necesaria.

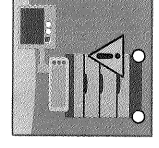
Verificar: Si hay alguna preocupación específica respecto al paciente.



SI ☒ NO ☐



SI ☒ NO ☐

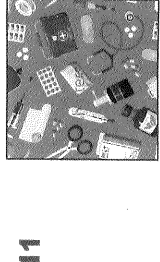


SI ☒ NO ☐

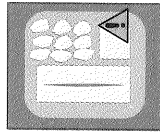
Verificar Pulsioximetría funcionando en Paciente.

Verificación de esterilidad de instrumental.

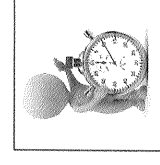
Verificación de los equipos de cirugía.



SI ☒ NO ☐



SI ☒ NO ☐



13

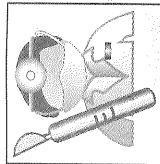
Verificación de los insumos para la cirugía.

Conteo inicial de:

Cortantes: \_\_\_\_\_  
Gasas: \_\_\_\_\_  
Compresas: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de Anestesia:

7:50am



SI ☒ NO ☐

Hora de inicio de la cirugía:

8:10am







## RUTA QUIRÚRGICA

Código: CC-CIR-FT-007

Actualización: 15/01/2017

Versión: 01

Página: 1 de 4

Segundo reto mundial por la seguridad del paciente  
**LA CIRUGÍA SEGURA, SALVA VIDAS**

### ADMISIÓN CIRUGÍA

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Inicial Procedimiento: Fibronasolaringoscopia

Fecha: junio 4 19

Hora: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Completo: Jair Nolasco Darias

Edad: 57

N° de Identificación: 10555839

EPS: Adres 2019

#### DATOS DEL EQUIPO DE CIRUGÍA

Cirujano: Dr tuber

Anestesiólogo: Dra valle

Instrumentadora: alba garcia

Circulante: telma benal

Circulante: —

Ayudante quirúrgico: Doc command

N° de Quirofano: #3

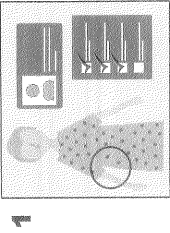
#### VERIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Familiar y usuario firman CONSENTIMIENTOS INFORMADOS?

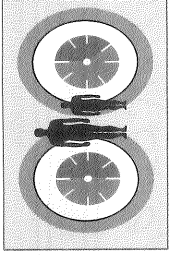
QUIRÚRGICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANESTÉSICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TRANSFUSIÓN HEMODERIVADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AMPUTACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**INGRESO A LA SALA DE CIRUGÍA**

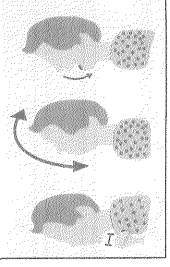
Marque con X según corresponda:



☒ SI ☐ NO



☒ SI ☐ NO

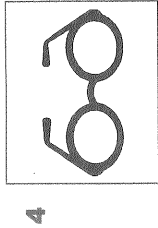


☒ SI ☐ NO

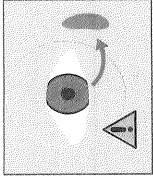
Identidad, sitio, procedimiento y consentimiento.

Ayuno adecuado necesario.

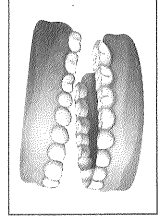
Revisión de vía aérea.



☒ SI ☐ NO



☒ SI ☐ NO

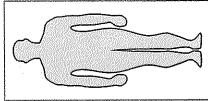


☒ SI ☐ NO

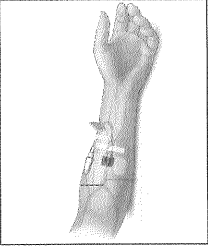
Retirar gafas.

Retirar lentes de contacto.

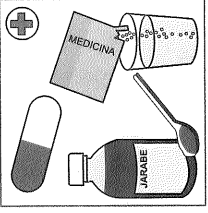
Retirar prótesis dentales.



☒ SI ☐ NO



☐ SI ☒ NO



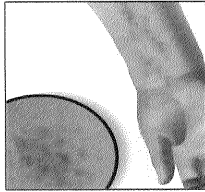
☐ SI ☒ NO

Cuáles: \_\_\_\_\_

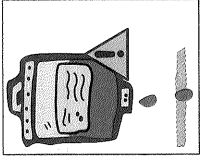
Localización quirúrgica marcada.

Tiene acceso venoso permeable.

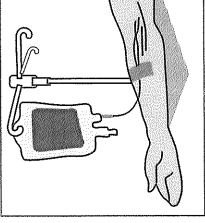
Medicamentos prescritos.



☐ SI ☒ NO



☐ SI ☒ NO



☐ SI ☒ NO

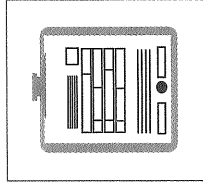
¿Alergias conocidas?

¿Riesgo de hemorragia?

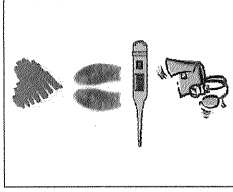
¿Hemoderivados disponibles?

Cuáles: \_\_\_\_\_

Cuáles: \_\_\_\_\_



☐ SI ☒ NO



Registro de signos vitales:

T/A: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_  
FC: \_\_\_\_\_  
FR: \_\_\_\_\_  
SO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
GLUCOMETRIA: \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de importancia?

Cuáles: \_\_\_\_\_



☐ SI ☒ NO

Nombre antibiótico profiláctico: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ gr.

HORA INICIO: \_\_\_\_\_

HORA FINAL: \_\_\_\_\_

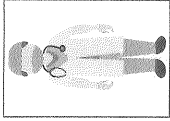
¿Administración de profilaxis antibiótica?

**ANTES DE LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA**

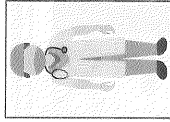
Marque con una X la confirmación de identificación y función del equipo de cirugía:

1

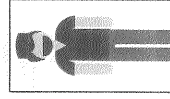
Anestesiólogo: ☒



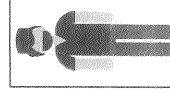
Cirujano: ☒



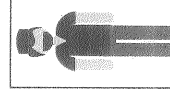
Instrumentador: ☒



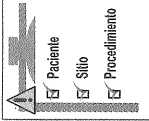
Circulante: ☒



Ayudante Quirúrgico: ☒



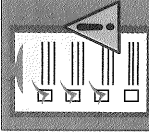
2



SI

NO

3



SI

NO

Cuáles?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

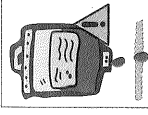
Confirmar verbalmente: Paciente correcto, sitio correcto y procedimiento correcto.

¿Puntos críticos y dificultades del paciente?

Duración estimada de la cirugía:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

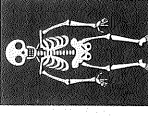
5



SI

NO

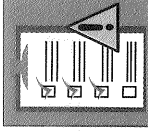
6



SI

NO

7



SI

NO

Cuáles?:

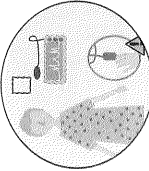
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Pérdida estimada de sangre?

Imagenología disponible y necesaria.

Verificar: Si hay alguna preocupación específica respecto al paciente.

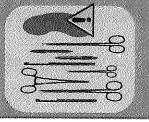
8



SI

NO

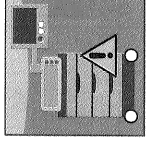
9



SI

NO

10



SI

NO

Verificar Pulsioximetría funcionando en Paciente.

Verificación de esterilidad de instrumental.

Verificación de los equipos de cirugía.

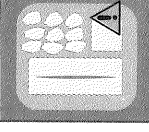
11



SI

NO

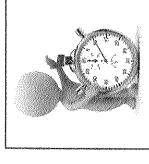
12



SI

NO

13



Verificación de los insumos para la cirugía.

Conteo inicial de:

Cortantes: \_\_\_\_\_

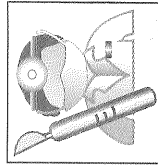
Gasas: \_\_\_\_\_

Compresas: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de Anestesia:

09:20

14

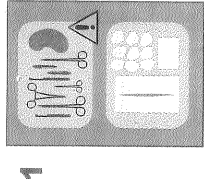


Hora de inicio de la cirugía:

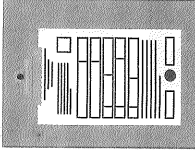
09:20

**ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE CIRUGÍA**

Marque con una X según corresponda:



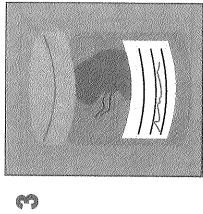
SI	Corrientes:
NO	Compresas:
	Gasas:



SI	Nombre de la cirugía realizada:
NO	<i>fibroscopia</i>

Recuento final completo:

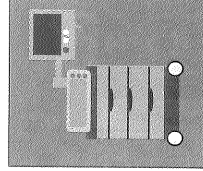
Cirugía realizada



SI	
NO	

Tipo de muestra:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



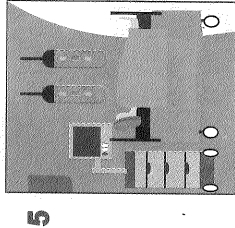
SI	
NO	

cuáles:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

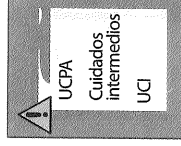
Marcación de muestras.

¿Problemas con los equipos?



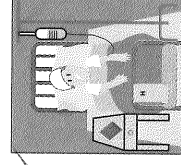
SI	
NO	

**6**

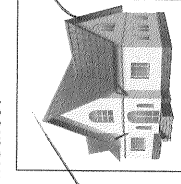


SI	
NO	

Define tratamiento medico:



SI	
NO	



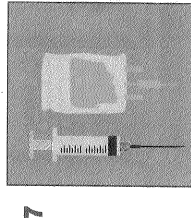
SI	
NO	

El equipo verifica manejo POP.

Para la área de UCI

Para la área de Hospitalización

Para su casa

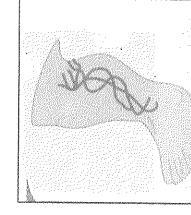


SI	
NO	

Cuál:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

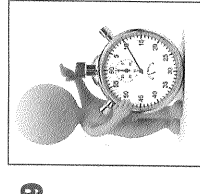
**8**



SI	
NO	

¿Analgesia POP?

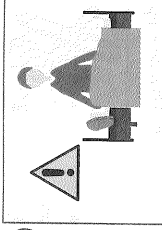
¿Riesgo de trombosis venosa?



Hora final de la cirugía:

*8:10*

**10**



SI	
NO	

Anestesiología entrega paciente a la recuperadora