

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLÍN

CUADERNO No.

3

EXCEPCIONES PREVIAS

EXCEPCIONANTE: FABIÁN ANDRÉS GÓMEZ RAMÍREZ

**PROCESO: VERBAL
(UNIÓN MARITAL DE HECHO y SOC. PAT.)**

DEMANDANTE: ÁNGELA MARÍA GIRALDO GALVIS

APODERADO: Dr. JOHN JAIRO OSSA GALVIS

DEMANDADO: HDS. DE ISMAEL ANTONIO GÓMEZ LLANOS

RADICADO:

2018 – 00625

11

12

13

Señor

JUEZ QUINTO DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLIN

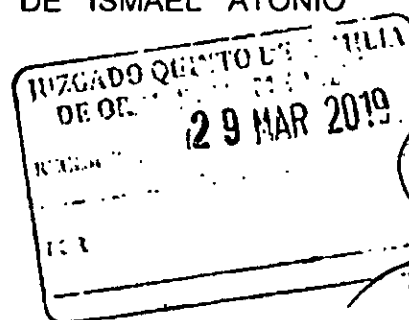
REF. PROCESO VERBAL DE DECLARACIÓN DE EXISTENCIA DE
UNIÓN MARITAL DE HECHO Y SOCIEDAD PATRIMONIAL
ENTRE COMPAÑEROS PERMANENTES Y POSTERIOR
LIQUIDACIÓN

DTTE: ANGELA MARIA GIRALDO GALVIS

DDOS. FABIAN ANDRES GOMEZ RAMIREZ, DEMAS HEREDEROS
DETERMINADOS E INDETERMINADOS DE ISMAEL ATONIO
GOMEZ LLANOS

RDO. 05001311000520180062500

ASUNTO: SE PROPONE EXCEPCION PREVIA



Edward León Gómez González mayor de edad, con domicilio en Medellín, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.038.405.581 y la tarjeta profesional 210.873 del Consejo Superior de La Judicatura, actuado como apoderado judicial del señor Fabián Andrés Gómez Ramírez, conforme al Art. 100 del C. General del proceso, dentro del término del traslado de la demanda, me permito proponer la siguiente excepción previa:

FALTA DE COMPETENCIA POR RAZON DEL TERRITORIO:

Propongo esta excepción con fundamento en el numeral 1º. del Art. 28 del C. General del proceso que dice: "En los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado."

El apoderado de la demandante, en el ítem sobre competencia únicamente se refirió a la jurisdicción de familia para el conocimiento del proceso, señalando el numeral 20 del Art. 22 del C. General del proceso; igualmente que los demandados fijaban su domicilio para notificaciones en la Calle 29 Nro. 36-26, interior 201, barrio las margaritas del Municipio de Marinilla.- No obstante, el Juzgado donde cursa actualmente la demanda, avocó el conocimiento del proceso.-

2

Es evidente que tanto el finado Ismael Antonio Gómez Llanos, como su esposa Julia Rosa Ramírez y sus hijos, siempre fijaron su domicilio donde actualmente viven, el Municipio de Marinilla, tienen a todos sus familiares, es el lugar donde permanecen, y tienen lugar sus negocios y actividades diarias; además se les facilita la gestión judicial relacionada con el proceso.- El tratadista Hernán Fabio López Blanco, en su obra "Instituciones de Derecho Procesal Civil Colombiano", T 1- parte general, 5ª ed., pág. 125 se refiere así al fuero del domicilio:

"...consiste en la residencia acompañada real o presuntivamente, del ánimo de permanecer en ella" y tiene por objeto, tal como lo destaca el profesor arturo valencia zea, relacionar a las personas con un lugar: aquel donde habitualmente se encuentran y tienen sus principales intereses económicos y familiares", noción que ha recogido el derecho procesal para efectos de consagrar y desarrollar el más importante de los fueros, tanto que se le denomina también fuero general por ser el que en la inmensa mayoría de los casos guía la radicación de la competencia atendiendo el fuero territorial".-

En consecuencia de lo anterior, previo el trámite correspondiente a esta excepción, la decida antes de la audiencia inicial toda vez que no requiere la práctica de pruebas (num. 2º. del Art. 101 del C.G.P.), la declare próspera y ordene el envío del expediente en el estado en que se encuentre ante el Juzgado Promiscuo del Circuito de Familia de Marinilla, competente para seguir conociendo del mismo.-

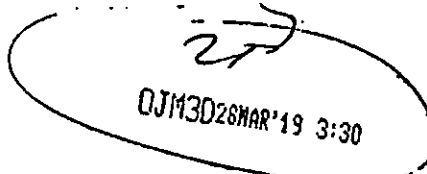
Prueba: Se encuentra en el ítem de las notificaciones en la parte final del escrito de la demanda.-

Quien suscribe,



Edward León Gómez González

T.P. 210.873 CSJud



27
OJM3D28MAR'19 3:30



República de Colombia



Aa004704121



República de Colombia

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificaciones y documentos del archivo notarial



Ca020539547

El inmueble con Matricula Inmobiliaria número 001-1088360 se sometió al régimen de propiedad horizontal, por medio de la escritura doce mil novecientos dos (12.902) del diez y siete (17) de noviembre de dos mil once (2011) otorgada en Notaria Quince (15) de Medellín, debidamente registrada.

Aclarada por medio de la escritura pública número 6873 del 20 de junio de 2012 de la Notaria 15 de Medellín, debidamente registrada.

Posteriormente el inmueble con Matricula Inmobiliaria número 001-1088361 se sometió al régimen de propiedad horizontal Adicionado las Etapas 3,4,5 por medio de la escritura pública número ocho mil setecientos ochenta y dos (8.782) del seis (06) de agosto de dos mil doce (2012) otorgada en la Notaria Quince (15) de Medellín de donde surgieron entre otros los inmuebles objeto de venta.

QUINTA: EL VENDEDOR está debidamente autorizado para anunciar y enajenar EL PLAN de vivienda del cual forma parte integrante el inmueble materia del presente contrato mediante RADICADO NÚMERO OCHO (08) expedido el día 8 de febrero de 2011, RADICADO NÚMERO 36 del 04 de mayo de 2011 y RADICADO NRO. 128 expedido el día 24 de noviembre de 2011 por el Departamento Administrativo de Planeación de Medellín.

SEXTA: El(los) inmueble(s) materia del presente contrato es(son) de plena y exclusiva propiedad del VENDEDOR, quien lo(s) posee de manera regular, quieta, pública y pacífica que no lo(s) ha enajenado por acto anterior al presente y que dicho(s) inmueble(s) no es(son) objeto de demanda civil, ni está(n) embargado(s), se halla(n) libre(s) de censos, anticresis, arrendamientos consignados por escritura pública, desmembraciones, condiciones resolutorias, limitaciones de dominio, excepto las derivados del régimen de propiedad horizontal.

PARAGRAFO: Conforme a la Ley EL VENDEDOR saldrá al saneamiento de esta venta ya sea por evicción o vicios redhibitorios.

SEPTIMA: El precio total de esta venta es la suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS M.L.(\$247.582.000) que los comprador(es) pagara(n) así:

La suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS M.L.(\$247.582.000) Con recursos propios que la entidad vendedora declara tener recibidos de contado y a su entera satisfacción.

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Notaria Quince
Circuito de Medellín
Sedeo Maria Marín
Secretario General

OCTAVO: Que la entrega real y material del inmueble será el día 30 DE MARZO DE 2013 fecha en la cual se levantara un acta de entrega del inmueble. Esta fecha podrá ser modificada por acuerdo entre las partes:-----

De no presentarse en esta fecha el comprador, la vivienda se entenderá por entregada, garantizándole(s) que está(n) a paz y salvo por impuestos tasas, contribuciones y valorizaciones causados hasta hoy. -----

Los impuestos, tasas, contribuciones y valorizaciones que sobre el(los) inmueble(s) decreten o liquiden, el departamento, el municipio, a partir de la fecha de entrega del inmueble, correrán por cuenta del(LOS) COMPRADOR(ES).-----

PARÁGRAFO: No obstante la forma de pago pactada, la entidad vendedora renuncia a la acción resolutoria que se deriva de la presente forma de pago, de tal suerte que la venta se otorga firme e irrevocable.-----

NOVENO: Los gastos lo que tiene que ver con la venta, tanto de Notaria, como rentas departamentales serán asumidos por mitades entre el vendedor y el comprador, y gastos tanto de notaria como rentas y registro, referentes a la hipoteca, serán asumidos en su totalidad por el(los) comprador(es) -----

El(LOS) COMPRADOR(ES) manifiesta(n) a) Que acepta(n) esta escritura con todas sus estipulaciones y la compraventa que por medio de ella se le(s) hace por estar de acuerdo con lo convenido b) Que conoce(n) y se obligan a respetar y dar cumplimiento al reglamento de propiedad horizontal a que está(n) sometido(s) el(los) inmueble(s), al igual que sus causahabientes. -----

Previo interrogación del suscrito Notario Quince, acerca del estado civil de los(la) otorgantes(e) y si tiene(n) o no otro inmueble afectado a vivienda familiar para dar cumplimiento a la ley 258 de 1996 modificada por la Ley 854 de 2003, sobre afectación a vivienda familiar. Este(os) respondió(eron) bajo la gravedad de juramento: -----

MI (Nuestro)(s) nombre (s)es (son): DIANA PATRICIA PATIÑO PEREZ:

MI (Nuestro) estado civil es: CASADA CON SOCIEDAD CONYUGAL VIGENTE
no tengo(emos) otro inmueble afectado a vivienda familiar y por ministerio de la ley el inmueble objeto de compra queda afectado a vivienda familiar Ley 258 de 1.996 modificada por la Ley 854 de 2003.-----

Señores,

JUEZ QUINTO DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLIN

E. S. D.

REFERENCIA	PROCESO VERBAL DE DECLARACIÓN DE EXISTENCIA DE UNIÓN MARITAL DE HECHO Y SOCIEDAD PATRIMONIAL ENTRE COMPAÑEROS PERMANENTES Y POSTERIOR LIQUIDACIÓN
DEMANDANTE	ANGELA MARIA GIRALDO GALVIS
DEMANDADO	SONIA ELENA GÓMEZ RAMÍREZ Y OTROS
RADICADO	05001311000520180062500
ASUNTO	EXCEPCIÓN PREVIA

Como apoderado de **SANDRA LUCÍA GÓMEZ RAMÍREZ, SONIA ELENA GÓMEZ RAMÍREZ, y JUAN FERNANDO GÓMEZ RAMÍREZ**, dentro del término previsto en el artículo 101 del Código General del Proceso, me permito formular la siguiente excepción previa de

FALTA DE COMPETENCIA POR RAZON DEL TERRITORIO:

Además de los argumentos blandidos por el codemandado Fabián Andrés Gómez Ramírez, teniendo en cuenta que el domicilio de los demandados y del finado Ismael Gómez se encuentra en el municipio de Marinilla, es claro que la competencia para conocer de la demanda es del Juzgado Promiscuo de Marinilla.

PRUEBAS

Me remito a las allegadas al momento de contestar la demanda y especialmente los siguientes documentos:

- Certificado del SISBÉN expedido por la Secretaría de Planeación Municipal de Marinilla, donde consta la información del domicilio, residencia y personas con quién convivía Ismael Gómez certificadas por el Departamento Nacional de Planeación-DNP.
- Certificado expedido por la Secretaría de Salud de Marinilla, donde se indica que en el Sistema de Información de Salud de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (SSSA), el señor Ismael Gómez tiene registrada como dirección de residencia la calle 29 No 36 26, apto 201, Marinilla.

- Certificado de la Subdirección Científica de la ESE Hospital San Juan de Dios de Marinilla donde se indica que el finado Ismael Gómez tenía como IPS primaria dicho hospital.
- Piezas de la historia clínica del señor Ismael Gómez Llanos, donde se deja constancia del lugar de residencia, acompañante, parentesco del acompañante, número de teléfono y tratamientos médicos recibidos.

Quien suscribe,



EDWARD LEÓN GÓMEZ GONZÁLEZ

T.P. 210.873 CSJud

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - MARINILLA
NIT. 890980752
Dir. Cra. 36 No. 28-85 - Tel. 5484044



Código Plantilla: FS-01 URG
Fecha Historia: 19/04/2010 07:28 p.m.
Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 19/04/2010 07:28 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 542464
Atención: Urgencias

Datos Generales

Historia: 3527562
Fecha: 19/04/2010
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupación: NO APLICA
Zona: URBANO
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO

Hora: 19:20
Tipo Documento F: CC
Edad: 62 Años
Estado Civil: Soltero
Natural de: ANTIOQUIA
Dirección: MARIA AUXILIADORA
Teléfono: 5480499
Regimen: CONTR

Datos del Acompañante

Acompañante: NO
En caso de Violencia Accidente o Intoxicación
fecha de Hecho: 19/04/2010
Lugar de Hecho: CASA

Parentesco: NO
Hora Hecho: 19:00
Descripción del Hecho: SE ME CAYO UNA TEJA DE ETERNIDAD EN EL PIE

PACIENTE REFERIDO

Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO REPETIDO EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: HERIDA EN PIE DERECHO
Enfermedad Actual: HACE UNOS MINUTOS SE ME CAYO UNA TEJA DE ETERNIDAD EN EL PIE DERECHO CON DOLOR INTENSO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Notificación Familiar
Recibe: NO
Notificación Policía
Recibe: NO
Revisión por Sistemas
Revisión sistemas: DOLOR AGUDO EN PIE
El paciente llega por sus propios Medios?
El paciente llega por sus propios Medios?: No

Antecedentes

Patológicos
Patológicos: NO HTA NO DIABETES NO CANCER NO TBC
Quirúrgicos
Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alérgicos
Alérgicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiátricos: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: NO HTA NO DIABETES NO CANCER NO TBC

Examen Físico

Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Alerta: SI
Estupor: NO

Somnoliento: NO
Coma: NO

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 80.00
I.M.C.: 25.25
FC: 84.00
Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78
TA: 130/80
FR(min): 18.00

Evaluacion por sistemas

Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES

ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades
Extremidades: HERIDA EN PIE DERECHO SUPERFICIAL

Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Escala de Glasgow
Respuesta al llamado
Apertura ocular 4:
Al dolor 2:

Respuesta a palabras 3:
Ninguna 1:

Respuesta al llamado
Respuesta motora
Movimientoespontaneo 6:
Retira al dolor 4:
En extension anormal 2:

Retira al tacto 5:
En flexion anormal 3:
Ninguna 1:

Respuesta motora
Respuesta verbal
Vocaliza'o balbucea 5:
Inapropiado 3:
Ninguna 1:

Llanto o confuso 4:
Incoherente 2:

Respuesta verbal
Total Escala de Glasgow
total respuesta al llamado: 4
Total respuesta verbal: 5

Total respuesta motora: 6
Total Escala de Glasgow: 15

Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: S917-HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Observacion: NO
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE COLOCA DIPIRONA 1 GM IV , SE HACE CURACION DE LA HERIDA.
Ayudas paraclínicas solicitadas: RX DE PIE DERECHO
Recomendaciones y cuidados especiales: REPOSO EN CASA CURACIONES DIARIAS

Alta: SI
Hospitalizar: NO

Tipo de Consulta
Urgente: SI

No Programada: NO

Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:

Remisiones: No

Estado de salida del paciente
Vivo: SI

Muerto: NO

Incapacidad
Incapacidad: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. ELKIN ARMANDO GOMEZ JARAMILLO
CC 70903523
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5-556-97



HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 FCE

Fecha Historia: 23/04/2010 12:10 p.m.

Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 23/04/2010 12:10 p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN

ESPECIAL

No Historia: 3527562 Cons. Historia: 544703

Atención: Ambulatorio

Datos Generales

Historia: 3527562

Documento: 3527562

Fecha: 23/04/2010

Edad: 62 Años

Estado Civil: Soltero

Zona: URBANO

Teléfono: 5480499

Ocupación: PENSIONADO

Regimen: CONTR

Acompañante: SOLO

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: ME DUELE EL PIE

Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN CONSULTA PORQUE HACE 4 DIAS SE LE CAYO UNA TEJA EN EL DORSO DE PIE DERECHO, CON POSTERIOR DOLOR Y EDEMA. SE LE ORDENO RAYOS X DE PIE PARA DESCARTAR FRACTURA, PERO NO SE LOS HA REALIZADO. HOY VIENE A CONSULTAR PORQUE HA AUMENTADO EL DOLOR Y APARECIO ERITEMA.

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: NO REFIERE

Tipo Documento F: CC

Hora: 11:57

Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Sexo: Masculino

Natural de: ANTIOQUIA

Dirección: CALLE 29 36 25

Escolaridad: UNIV

E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR

Convenio: 019MAGISTERIO

Parentesco: SOLO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)

Quirúrgicos

Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS

Transfusionales

Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos

Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: NINGUNA

E.T.S.

Venereas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstétricos

Planifica

Planifica: No

Vida sexual

Vida sexual: No

Examen Físico

Estado General

Estado General: Bueno

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Kg): 0

I.M.C.: 0

FC: 80.00

Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78

TA: 120/70

FR(min): 14.00

Evaluación por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SE OBSERVA EDEMA EN PIE DERECHO, CON HERIDA CICATRIZAL EN REGION LATERAL, CON GRAN ERITEMA ALREDEDOR, CON DOLOR A LA PALPACION, CON LIMITACION PARA LA MARCHA.
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: L089-INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA ESPECIFICADA
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: 0
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guias de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE ORDENA DICLOXACILINA, MELOXICAMDIPIRONA 1 GR IV EN 250 CC DE SSN EN URGENCIAS
Ayudas paraclínicas solicitadas: TIENE PENDIENTE RAYOS X DE PIESE ORDENA DEXTROMETER
Recomendaciones y cuidados especiales: NO APOYAR EL PIE, SIGNOS DE ALARMA.EL PACIENTE REFIERE MAREO, SUDORACION, SE LLEVA A URGENCIAS PARA REALIZAR DEXTROMETER, RAYOS X DE PIE Y APLICACION DE IPIRONA PARA EL DOLOR
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: S929-FRACTURA DEL PIE, NO
RECUERDE SOLICITAR BACIOSCOPIAS SERIADAS:
En cuanto tiempo: CON RESLTADOS
Remisiones: No

DR. GONZALEZ LONDOÑO OLGA LUCIA
CC 1017136086
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1017136086

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:28/04/2010 04:51 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 28/04/2010 04:51 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 547425
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 28/04/2010
Edad: 62 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: SOLO
Datos de la Consulta

Tipo Documento F: CC
Hora: 16:41
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SOLO



PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: VENGO A REVISION
Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN TUVO TRAUMA EN PIE DERECHO, CON POSTERIOR ERITEMA ALREDEDOR DE LA HERIDA Y DOLOR, SE LE INICIO TRATAMIENTO CON DICLOXACILINA PERO EL REFIERE QUE SE LO ESTA TOMANDO CADA 12 HORAS. NO HA PRESENTADO FIEBRE, NI MAREO.
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revision por Sistemas
Revision sistemas: NO REFIERE

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Antecedentes
Patológicos
Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)
Quirúrgicos
Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alérgicos
Alérgicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstétricos
Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: Si

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 0
I.M.C.: 0
FC: 80.00
Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78
TA: 120/70
FR(min): 14.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SE OBSERVA HERIDA CICATRICAL EN REGION LATERAL DE PIE DERECHO, SIN PUS, CON ERITEMA LAREDEDOR, SIN EDEMA.
Neurológico
Neurológico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: L089-INFECION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: 0
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): CONTINUAR CON DICLOXACILINA CADA 8 HORAS Y ANTIINFLAMATORIO.
Ayudas paraclínicas solicitadas: NO
Recomendaciones y cuidados especiales: SIGNOS DE ALARMA, SE INSISTE EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa: **Remisiones:** No
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

DR. GONZALEZ LONDOÑO OLGA LUCÍA
CC 1017136086
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1017136086

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:05/05/2010 04:20 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 05/05/2010 04:20 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 550618
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 05/05/2010
Edad: 62 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: GABRIELA GOMEZ
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: SE ME CAYO TEJA EN EL PIE
Enfermedad Actual: QUIEN EL 19 DE ABRIL SUFRIO TRAUMA CONTUSO CON AVULSION DE PIEL Y HEMATOMA
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revision por Sistemas
Revision sistemas: ERITEMA PERILESION Y TEJIDO NECROTICO ,

Tipo Documento F: CC
Hora: 16:02
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: HERMANO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiatricos
Psiquiatricos: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstetricos
Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: Si

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 71.00
I.M.C.: 22.41
FC: 76.00
Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78
TA: 140/90
FR(min): 18.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: HERIDA DE 7 CM x 3CM CON TEJIDO NECROTICO

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: T131-HERIDA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: NO

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE DA FORMULA CON DOXIUUM, HAMAMELIS , DOMEBORO , HEBERMIN CREMA
Ayudas paraclínicas solicitadas: CUADRO HEMATICO , CREATININA, GLUCEMIA , VSG
Recomendaciones y cuidados especiales: LAVADO CONA GUA CON DOMEBORO

REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si

En cuanto tiempo: 5 DIAS

Remisiones
DR. formato de remision con Informacion completa:

Remisiones: No

Incapacidad
Incapacidad: Si
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. GUILLERMO LEON CASTRILLON GOMEZ
CC 71631638
Especialidad. MEDICINA GENERAL

Registro. 5000297

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:14/05/2010 04:20 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 14/05/2010 04:20 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 555378
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 14/05/2010
Edad: 62 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: NO

Tipo Documento F: CC
Hora: 16:02
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: NO

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: CONTROL DE LA DIABETES
Enfermedad Actual: QUEIN ESTA EN CONTROL POR DIABETS DESCOMPENSADA TOMANDO METFORMINA 2 AL DIA

REPETIDO EN EL AÑO: SI

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: HERIDA POST-TRAUMATICA EN PIE DERECHA QUE NO HA CERRADO DEL TODO MANEJAAQDO CON CIPROFLOXACINA Y EL APCEINTE S EAPLCIA PENCA SABILA

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)DM METFORINA 850 MG C/HORAS , GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273

Quirúrgicos

Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS

Transfusionales

Transfucionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos

Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: NINGUNA

E.T.S.

Venereas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstetricos

Planifica

Planifica: No

vida sexual

vida sexual: Si

Examen Fisico

Estado General

Estado General: Bueno

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 71.00

I.M.C.: 22.41

FC: 72.00

Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78

TA: 140/90

FR(min): 18.00

Evaluación por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES

ORL

ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar

Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen

Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario

Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades

Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES

Neurologico

Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos

Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros

Diagnosticos

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Dx. Principal: E139-OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCION DE COMPLICACION

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

(PRIMARIA)

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

Baciloscopias Ordenadas: NO

Conducta

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:

Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE DA OFMRULA CON DM METFORINA 850 MG C/HORAS , GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS

Ayudas paraclínicas solicitadas: CT TG CAUDRO EHAMTICO , CREATININA , PARCIAL DE ORINA GLUCEMIA

Recomendaciones y cuidados especiales: DIETA SIN GRASAS FRITOS AZUCARES

REQUIERE REVISION

REQUIERE REVISION: No

Remisiones

DR. formato de remision con informacion completa:

Remisiones: No

Incapacidad

Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. GUILLERMO LEON CASTRILLON GOMEZ
CC 71631638
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5000297

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE

Fecha Historia:29/05/2010 11:24 a.m.

Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 29/05/2010 11:24 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL

No Historia: 3527562 Cons. Historia: 562208

Atención: Ambulatorio

Datos Generales

Historia: 3527562

Documento: 3527562

Fecha: 29/05/2010

Edad: 62 Años

Estado Civil: Soltero

Zona: URBANO

Telefono: 5480499

Tipo Documento F: CC

Hora: 11:18

Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Sexo: Masculino

Natural de: ANTIOQUIA

Direccion: CALLE 29 36 25

Escolaridad: UNIV



Ocupacion: PENSIONADO BIENESTAR
Regimen: CONTR
Acompañante: SOLO
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: HERIDA SOBREINFECTADA DEL PIE DERECHO
Enfermedad Actual: HACE 1 MES PRESENTO HERIDA DE PIE DERECHO A HORA COSTRA MELISERICA DURA SUPURATIVA
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revision por Sistemas
Revision sistemas: NO REL

E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SOLO
REPETIDO EN EL AÑO: SI

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)DM METFORINA 850 MG C/HORAS , GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiatricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstetricos
Planifica
Planifica: Si
vida sexual
vida sexual: Si

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 78.00
I.M.C.: 24.62
FC: 66.00
Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78
TA: 120/80
FR(min): 16.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: LOM DE LA E A
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS
Otros
Otros: NO

Diagnósticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: L039-CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopías Ordenadas: 0
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Ayudas paraclínicas solicitadas: NO
Recomendaciones y cuidados especiales: EDUCACIONB DIABETES Y HERIDAS EN DIABETICOS SOBREINFECTADAS

REQUIERE REVISION
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: SI
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

Medicación (presentación, dosis y tiempo): VER

Remisiones: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. FRANCISCO JAVIER RAMIREZ GIRALDO
CC 70901131
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 023295

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:03/07/2010 02:31 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 03/07/2010 02:31 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 578647
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 03/07/2010
Edad: 62 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: SOLO

Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: DOLOR EN PIE
Enfermedad Actual: 62 AÑOS, EN TTO PARA HTA CON ENALAPRIL 20 MGC/12H, METFORMINA 3/D Y GLIBENCLAMIDA 3/D, DESDE HAC EUN PAR DE MESES LESION EN PIE DERECHO, AHORA CONVERTIDA EN ULCERA, CON SENSACION URENTE, PRURITIGINOSO
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revisión por Sistemas
Revisión sistemas: LO DESCRITO

Antecedentes
Patológicos
Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)DM METFORINA 850 MG C/HORAS , GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273
Quirúrgicos
Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos

Tipo Documento F: CC
Hora: 14:01
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SOLO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Kg): 72.00
I.M.C.: 22.72
FC: 70.00
Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78
TA: 160/90
FR(min): 16.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES HIPOVENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: ULCERA DE 4.5 CM X3CM EN REGION LATERAL DE PIE DERECHO, FONDO LIMPIO CON ALGUNAS AREAS NECROTICAS
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E115-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: 0
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): PACIENTE CON TABAQUISMO, HTA Y DM NO CONTROLADA , POLICITEMIA, DISLIPIDEMIA SIN TTO, AHORA CON PIE DIABETICO, ADICIONO HCTZ 25 MG/D, LOVASTATINA TABL 20 MG/D, CBZ 200 MG/D, TIAMINA TABL 300/D
Ayudas paraclínicas solicitadas: GLUCEMIA, RX DE TORAX
Recomendaciones y cuidados especiales: DIETA HIPOSODICA, ADHERENCIA AL TTO
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si
Remisiones
DR. formato de remisión con información completa:
Especialidades: MEDICINA INTERNA
Por Que?: ACIENTE CON TABAQUISMO, HTA Y DM NO CONTROLADA , POLICITEMIA, DISLIPIDEMIA SIN TTO, AHORA CON PIE DIABETIC
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: No
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
En cuanto tiempo: EN 2 SEMANAS
Remisiones: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro: 5-3167-03

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 FCE
Fecha Historia: 04/08/2011 01:52 p.m.
Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 04/08/2011 01:52 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 747233
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 04/08/2011
Edad: 63 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupación: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: JULIA RAMIREZ
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: MAREOS
Enfermedad Actual: VIENE X MAROS POLIDIPSIA POLIURIA Y POLIFAGIA MANIFIESTA QUE NO ESTA TOMANDO LA MEDICACION PAR ALA DIABETESA SE DA EDUCION TRAE GLUCEMIA DE 351 SE ORDENA PARACLINICOS Y REINICIAR LA MEDICACION VENIR AL PROGRAMA
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: SI
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: SI
Revisión por Sistemas
Revisión sistemas: NIEGA DOLOR EN EL PECHO, NIEGA DISNEA, NIEGA EDEMAS, NIEGA CEFALEA, , NIEGA PALPITACIONES, NIEGA CLAUDICACION, NIEGA TINITUS, NIEGA ORTOPNEA, NIEGA DPN.

Antecedentes
Patológicos
Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)DM METFORINA 850 MG C/HORAS , GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273
Quirúrgicos
Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Estado General
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 76.00 Talla (mts): 1.78
I.M.C.: 23.99 TA: 120/80
FC: 66.00 FR(min): 16.00
Temperatura: 37.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES

ORL
ORL: OÍDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES

Neurológico
Neurológico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Otros: NO

Diagnósticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO (PRIMARIA)
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: 0

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE REMITE PAR A REINGRESO AL PROGRAMA DE D.M DM METFORINA 850 MG C12 /HORAS , GLIBENCLAMIDA 5 MG C12 /DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273
Ayudas paraclínicas solicitadas: CITOQCO DE ORINA , GLUCEMIA, HEMATOCRITO, CREATININA. PERFILLIPIDICO HB GICOSILADA MICROALBUMINURIA REMISION AMEDICINA INTERNA OFTALMOLOGIA Y NUTRICION
Recomendaciones y cuidados especiales: SIGNOS DE ALARMA: DOLOR EN EL PECHO, DISNEA Y EDEMAS RAPIDAMENTE PROGRESIVOS. SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS, FRITOS, ARINAS. DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL, ELIMINAR EL SALERO DE LA MESA, AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS. SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA POR LO MENOS 3 VECES A LA SEMANA, DE UNA HORA DE DURACION, DE MODERADA INTENSIDAD. SE RECOMIENDA TRAER HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS. SE LE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. SE INVITA A LAS CHARLAS DE LOS PROGRAMAS LOS DIAS MARTES Y JUEVES ALAS 10 AM Y 3 PM.

REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si

Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: ACIENTE CON TABAQUISMO, HTA Y DM NO CONTROLADA , POLICITEMIA, DISLIPIDEMIA SIN TTO, AHORA CON PIE DIABETIC

Incapacidad
Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

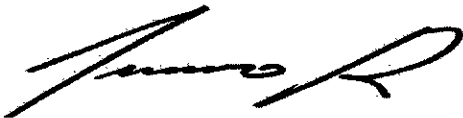
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

En cuanto tiempo: EN 24 HORAS

Remisiones: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. FRANCISCO JAVIER RAMIREZ GIRALDO
CC 70901131
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 023295

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 FCE
Fecha Historia: 10/08/2011 08:51 a.m.
Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 10/08/2011 08:51 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 749286
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 10/08/2011
Edad: 63 Años
Estado Civil: Soltero

Tipo Documento F: CC
Hora: 08:45
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA



Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupación: PENSIONADO
BIENESTAR
Regimen: CONTR
Acompañante: ESPOSA

Dirección: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL

Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Motivo de la Consulta: CON CUADRO GRIPAL

Enfermedad Actual: HACE UNOS 8 DIAS CON CUADRO GRIPAL CON MALESTAR GRAL, TOS SECA, ASTENIA Y MALESTAR, CON RINORREA LIQUIDA, CON ALGO DE ASFIXIA, DECAIDO..

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: MALESTAR GRAL ASTENIA ADINAMIASUSPENDIO TODA LA DROGA DE LA DM + HTA HACE 3 MESES..

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES) DM METFORINA 850 MG C/HORAS, GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273

Quirúrgicos

Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS

Transfusionales

Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos

Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: NINGUNA

E.T.S.

Venereas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstétricos

Planifica

Planifica: No

vida sexual

vida sexual: No

Examen Fisico

Estado General

Estado General: Bueno

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Kg): 70.00

Talla (mts): 1.78

I.M.C.: 22.09

TA: 140/90

FC: 84.00

FR(min): 18.00

Temperatura: 37.00

Evaluación por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES

ORL

ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA ERTEMA FARINGEO MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar

Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen

Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario

Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades

Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES

Neurologico

Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos

Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros

Diagnosticos

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Dx. Principal: J029-FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Dx. Relacionado 1: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

Basiloscopias Ordenadas: ,

Conducta

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE INICIA ACETAMINOFEN 500 MG CADA 6 HORAS + LORATADINA 10 MG EN LAS NOCHES + VITAMINA C TAB CADA 12 HORAS .YA LE ENVIARON LA FORMULA PARA INICIAR LOS MEDICAMENTOS

Ayudas paraclínicas solicitadas: GLUCOSA EN AYUNAS DE CONTROL EN 8 DIA S

Recomendaciones y cuidados especiales: DIETA BALANCEADA EVITAR EL AZUCAR , TRIGO , LACTEOS , CARNES ROJAS , CAMIANR DIARIO

REQUIERE REVISION

En cuanto tiempo: EN 3 DIAS

REQUIERE REVISION: Si

Remisiones

Remisiones: Si

DR. formato de remision con informacion completa:

Especialidades: MED INTERNA

Incapacidad

Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

DR. ELKIN ARMANDO GOMEZ JARAMILLO
CC 70903523
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5-556-97

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:03/09/2011 11:52 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 03/09/2011 11:52 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 758836
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 03/09/2011
Edad: 63 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: SOLO

Tipo Documento F: CC
Hora: 11:41
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SOLO

Datos de la Consulta

REPETIDO EN EL AÑO: SI

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: VIENE A REVISION

Enfermedad Actual: AHORA VIENE A REVISION CON CIFRAS DE GLUCEMIA DE 141 EN A YUNAS Y 278 MDIO DIA SE ORDENA AJUSTAR METFORMINA A 850 C 12 HORAS

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revision por Sistemas

Revision sistemas: EPIGASTRALGIA URENTE NAUSEA

Antecedentes

Patologicos

Patologicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES)DM METFORINA 850 MG C/HORAS ,

GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273

Quirúrgicos
Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos
Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos
Toxicos: NO FUMA NO TOMA LICOR NO CONSUME ALUCINOGENOS

Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: NINGUNA

E.T.S.
Venereas: NO RELATA

Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Estado General
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 71.50
I.M.C.: 22.57
FC: 66.00
Temperatura: 37.00

Talla (mts): 1.78
TA: 120/80
FR(min): 16.00

Evaluación por sistemas

Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES

ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRs SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES

Neurológico
Neurológico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Otros: NO

Diagnósticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: R688-OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Dx. Relacionado 1: E139-OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCION DE COMPLICACION
Dx. Relacionado 2: K291-OTRAS GASTRITIS AGUDAS

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

Basiloscopias Ordenadas: 0

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE AJUSTA METFORMINA A 850 C. 12
Ayudas paraclínicas solicitadas: VER
Recomendaciones y cuidados especiales: REGRESAR INMEDIATAMENTE X URGENCIAS SI CONTINUA CON LOS SINTOMAS Y SIGNOS O SI APARECEN OTROS , O SI PRESENTA FIEBRE, VOMITO, DOLOR DE CABEZA MAREOS , DOLOR ABDOMIAL , SANGRADO ,ESTADO DE INCONSCIENCIA LETARGO O CUALQUIER OTRO SIGNO OSINTOMA.EL PACIENTE Y SU FAMILIA ENTIENDEN Y SE COMPROMETEN

REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: No

Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: ACIENTE CON TABAQUISMO, HTA Y DM NO CONTROLADA , POLICITEMIA, DISLIPIDEMIA SIN TTO, AHORA CON PIE DIABETIC

Incapacidad
Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: SI

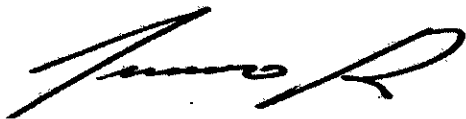
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. FRANCISCO JAVIER RAMIREZ GIRALDO
CC 70901131
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 023295

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 FCE
Fecha Historia: 05/11/2011 12:28 p.m.
Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 05/11/2011 12:28 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 783768
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 05/11/2011
Edad: 63 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupación: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: JULIA ROSA RAMIREZ

Tipo Documento F: CC

Hora: 12:11
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Dirección: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Motivo de la Consulta: "REVISION DE EXAMENES"

Enfermedad Actual: PACIENTE CON EPIGASTRALGIA, PIROSIS POR LO CUAL CONSULTO, SOLICITARON ENDOSCOPIA Y ASISTE EN EL DIA DE HOY PARA REVISION DE LOS EXAMENES. REFIERE PIROSIS Y EPIGASTRALGIA, NIEGA EMESIS, NIEGA HEMATEMESIS, NIEGA OTROS SINTOMAS

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: LO ANOTADO

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: REFIERE HTA Y DM, NO EN TTO MEDICO (REFIERE ESTAR TOMANDO PRODUCTOS NATURALES) DM METFORMINA 850 MG C/DIA, GLIBENCLAMIDA 5 MG C/DIA + ENALAPRIL 20 MGC /12 HORAS LAB. (06/05/2010) WBC 12000, HB 17.4, PLAQ 281 VSG 6, CREAT 0.92, GLUCEMIA 273

Quirúrgicos

Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS

Transfusionales

Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos

Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: NINGUNA

E.T.S.

Venerreas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstetricos

Planifica

Planifica: No

vida sexual

vida sexual: Si

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS



Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 823335
Atención: Ambulatorio

Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 03/02/2012
Edad: 63 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupación: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: VIENE SOLO

Tipo Documento F: CC

Hora: 07:49
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Dirección: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: VIENE SOLO

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: SI

REPETIDO EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: "VENGO POR LA INSULINA"

Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 12 UI NOCHE, ESTA EN CONTROL POR INTERNISTA, NO ASISTE A CONTROL EN ESTA INSTITUCIÓN, DICE QUE EN OCASIONES CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, DICE ESTAR LLEVANDO REGISTRO DE GLUCOMETRÍAS NO TRAE EL REGISTRO, VIENE PORQUE ACABO DICHO MEDICAMENTO Y AUN NO TIENE CITA CON EL INTERNISTA.

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: REFIERE HTA Y DM DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA

Quirúrgicos

Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS

Transfusionales

Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos

Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.

E.T.S.

Venereas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Examen Fisico

Estado General

Estado General: Regular

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 73.00

I.M.C.: 23.04

FC: 78.00

Temperatura: 36.50

Talla (mts): 1.78

TA: 160/100

FR(min): 18.00

Evaluación por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES

ORL

ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar

Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen

Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario

Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades

Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES, PULSOS CONSERVADOS, BUEN LLENADO CAPILAR.

Neurologico

Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos

Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros

Diagnosticos

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Dx. Principal: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

Basíloscopias Ordenadas: NO

Conducta

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
NPH 12 U 10 PM

Ayudas paraclínicas solicitadas: NINGUNA

Recomendaciones y cuidados especiales: TRAER EL LUNES 6 DE FEBRERO A LA 1:00 PM LOS EXAMENSE REALIZADOS, EL REPORTE DE GLUCOMETRIAS Y LAS FORMULAS QUE PRESCRIBIO EL INTERISTA, PACIENTE CON MAL CONTROL, AL PARECER MAL ADHERENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, FUMADOR Y CON VARIOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES, SE INSITE EN EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO, DIETA RICA EN VERDURAS, FRUTAS, EVITAR CONSUMO DE GRASAS, HARINAS, SAL. EJERCICIO DIARIO 30 MINUTOS MINIMO

REQUIERE REVISION

REQUIERE REVISION: No

Remisiones

DR. formato de remision con informacion completa:

Incapacidad

Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

Medicación (presentación, dosis y tiempo): INSULINA

Remisiones: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

R. Maria

DR. MARIA ROCELLY VELASQUEZ GARCIA
CC 1041228208
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1041228208

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:06/09/2012 02:49 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 06/09/2012 02:49 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 937106
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 06/09/2012
Edad: 64 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: JULIA

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: TENGO UNAS COSAS EN LOS PIES.

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 64 AÑOS DE EOAD CON DX DE HTA DM TIPO II INSULINODEPENDIENTE, NO AISSTE A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PACIENTE CONSULTA POR CUADREO LCONICO DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN LESIONES REDONDEADAS EN MIEMBROS INFERIORES PRIRIGINOSAS.

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

Tipo Documento F: CC

Hora: 14:33

Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Sexo: Masculino

Natural de: ANTIOQUIA

Direccion: CALLE 29 36 25

Escolaridad: UNIV

E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR

Convenio: 019MAGISTERIO

Parentesco: ESPOSA

REPETIDO EN EL AÑO: SI

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revision por Sistemas
Revision sistemas: LO REFERIDO

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILLO 120 MG X2 Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOFAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiatricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA
Antecedentes Ginecoobstetricos
Grupo Rh: O+
Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: No

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 73.00
I.M.C.: 23.04
FC: 80.00
Temperatura: 36.50

Talla (mts): 1.78
TA: 120/70
FR(min): 18.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR A LA PALPACION.
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: PRESENTA VARICES TORTUOSAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: PRESENTA LESIONES REDONDEADAS GRANDES EN AMBOS MIEMBROS INFEIORES BORDE SOBRELEVANADO ERITEMATOSO, DESCAMATIVAS.

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: B369-MICOSIS SUPERFICIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Dx. Relacionado 1: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: 0
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guias de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE ORDENA FLUCONAZOL 200 MG CADA SEMANA POR 2 MESES SE ORDENA TRIGENTAX CREMA

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
Ayudas paraclínicas solicitadas: SE ORDENA GLICEMIA

DE CONTROL.
Recomendaciones y cuidados especiales: RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALALRMA, CITA CON RESULTADOS

REQUIERE REVISION

Remisiones
DR. formato de remision con Informacion completa: Por Que?: -

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:



DR. LAURA GUEVARA MIRA
CC 1040730636
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5287810

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:26/11/2012 07:14 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 26/11/2012 07:14 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 981456
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 26/11/2012
Edad: 64 Años
Estado Civil: Soltero
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: CONTR
Acompañante: SOLO
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: "VENGO POR LOS MEDICAMENTOS DEL AZUCAR Y PRESION ARTERIAL"
Enfermedad Actual: PACIENTE CON DM-2 DESDE HACE 10 AÑOS, HTA DESDE HACE 8 AÑOS, EN MANEJO CON INSULINA NPH 14U PM, VERAPAMILO 120MG CADA 12 HORAS; REFIERE ESTAR AHDERIDO AL TRATAMIENTO, SE SIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES; NO VIENE POR CONTROL DE DIABETICOS PORQUE NO LE GUSTA.

Tipo Documento F: CC
Hora: 07:06
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 36 25
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SOLO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

Revision por Sistemas
Revision sistemas: NO REFIERE

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOFAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiatricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA

Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Examen Fisico
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 73.00
I.M.C.: 23.04
FC: 79.00
Temperatura: 36.50

Talla (mts): 1.78
TA: 160/90
FR(min): 19.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGÍAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES, NO INGURJITACION YUGULAR
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnósticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): 1.LOSARTAN 50MG CADA DIA2.RESTO MEDICAMENTOS IGUAL3.SOLICITO GLICEMIA DE CONTROL-HB GLICOSILADA-MICROALBUMINURIASIGNOS DE ALARMA
Recomendaciones y cuidados especiales: RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION SANA
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

Basiloscopias Ordenadas: .

Ayudas paraclínicas solicitadas: .

En cuanto tiempo: CON RESULTADOS

Por Que?: -

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. GUSTAVO ADOLFO OSSA VASQUEZ
CC 1128387421
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5-2035-12

Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 29/01/2013
Edad: 64 Años
Estado Civil: Casado
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Ocupacion: PENSIONADO
BIENESTAR
Regimen: CONTR
Acompañante: ESPOSA

Tipo Documento F: CC
Hora: 10:21
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 N36-26
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL

Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: JULIA ROSA VALENCIA

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: SI
Motivo de la Consulta: VENGO POR MEDICAMENTOS DE CONTROL PARA LA DIABETES Y PARA LA HTA AHORA EN TTO CON LOSARTAN 50 MG 1 CADA DIA VERAPAMILLO TAB 120 MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS E INSULINA NPH APLICAR 14 UNIDADES EN LA NOHE AHORA REFIERE ESTA MUY REGULAR
Enfermedad Actual: VENGO POR MEDICAMENTOS DE CONTROL PARA LA DIABETES Y PARA LA HTA AHORA EN TTO CON LOSARTAN 50 MG 1 CADA DIA VERAPAMILLO TAB 120 MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS E INSULINA NPH APLICAR 14 UNIDADES EN LA NOHE AHORA REFIERE ESTA MUY REGULAR ADEMAS REFIERE DOLOR Y SENSACION DE ARDOR EN MBOS PIES

REPETIDO EN EL AÑO: NO

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revislon por Sistemas

Revislon sistemas: NO GIT NO GU NO RESPRIATORIOS

Antecedentes

Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILLO 120 MG X2 Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOFAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA

Quirurgicos

Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunologicos

Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiatricos

Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR

Transfusionales

Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumaticos

Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.

E.T.S.

Venereas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA

Antecedentes Ginecoobstetricos

Planifica

Planifica: No

vida sexual

vida sexual: Si

Examen Fisico

Estado General

Estado General: Bueno

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 73.00

I.M.C.: 23.04

FC: 74.00

Temperatura: 36.00

Talla (mts): 1.78

TA: 140/90

FR(mln): 18.00

Evaluacion por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR SATURACION 93 %

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES CON CATARATAS INCIPIENTES

ORL

ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar

Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen

Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS CON DOLOR EN EMSOGASTRIO
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS CON LESIONES DESCAMTIVA SEN MIENFERIORES E LESIONES EN PLACA ERITEMATOSAS EN AMBAS PIERNAS
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)
Dx. Relacionado 2: L309-DERMATITIS, NO ESPECIFICADA
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: NO
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): LOSARTAN TAB 50 MG TOMAR 1 CADA DIA N 30 POR 1 MES INSULINA NPH N 1 FCO APLICAR 14 UNIDADES SC CADA NOCHE POR 1 MES VERAPAMILO TAB 120 MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS N 60 POR 1 MES TRIDERM CREMA APLICAR 1 VEZ CADA 12 HORAS
Recomendaciones y cuidados especiales: INGRESAR INMEDIATAMENTE AL PROGRAMA DE DIABETES E HTA DIETA BAJA EN GRASAS EN SAL EN AZUCARES EN HARINAS EJERCICIO 3 VECES PRO SEMANA
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Especialidades: AL PROGRMA DE DIABTES E HTA
CUADRO -
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

En cuanto tiempo: CON EXAMEN

Remisiones: Si
Por Que?: PARA VALORACION Y MANEJO DE SU



DR. JORGE IVAN ZULETA LOPEZ
CC 71726637
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5184399

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 HTDM
Fecha Historia:05/02/2013 10:46 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 05/02/2013 10:46 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1018104
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Fecha: 05/02/2013
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupacion: PENSIONADO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Regimen: CONTR
Acompañante: JULIA ROSA RAMNIREZ
Datos de la Consulta
Motivo de la Consulta: INGRESO AL PROGRAMA DE DIABEETS E HIPERTENSION
Enfermedad Actual: QUIEN DESDE AHCE 10 AÑO VIENE SUFRIENDOP DE DIABETES PERO NO HABIA QUERIDO ESATR EN EL PROGRAMA ACTUALMENTE CON - INSULINA NPH 14 U A LAS 10 DE LA PM + GLUCOPHAGE 850 MG C/DIA + VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA

Tipo Documento F: CC
Hora: 09:57
Edad: 64 Años
Estado Civil: Casado
Escolaridad: UNIV
Direccion: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

EVALUAD POR INTRENISTA Y OFTALMOLOGO HACE MAS DE UN AÑO GKLUCEMIA 189 MG/DL
Diabetes: SI HTA: SI
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
Revisión por Sistemas
Alteración memoria: NO Amaurosis fugaz: NO
Cefalea: NO Claudicación: NO
Edema Mals: NO Friealdad distal: NO
Disnea: NO Mareo y/o Vertigo: NO
Palpitaciones: NO Pérdida de peso: NO
Polaquiuria: NO Polifagia: NO
Precordialgia: NO Sed: NO
Somnolencia: NO Tinnitus: NO
Otros: NO REFIERE OTRO SINTOMAS NO CEFALEA, NO DOLOR TORACICO , NO CALOR EN CARA, NO SDR, NO DIAFORESIS NO
POLIDIPSIA NI POLIFAGIA, NO SOMNOLENCIA , NO DISNEAS , NO MAREOS NO TINNITUS NO CAMBIOS VISUALES NO EDEMAS NO
LESIONES EN MIEMBROS INFERIORESTOS PRODUCTIVA LESIONES MACUALRES EN

Exámenes
TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatlnina): LDL = CT - TGL/5 - HDL:
k: 140 PESO(Kg): 76.00
T.F.G.H.: 73.89 Trígliceridos: 432
K:S: 5 HDL: 30
Colesterol total: 266 L.D.L.: 149.60

Antecedentes
HTA
HTA: Si Tiempo de evolución en años: 10
Tratamiento Actual HTA: - VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA
Diabetes Mellitus
Diabetes Mellitus: Si Tiempo de evolución en años: 10
Tratamiento Actual DIABETES: - INSULINA NPH 14 U A LAS 10 DE LA PM + GLUCOPHAGE 850 MG C/DIA
Patológicos
Patológicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1
DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC
Quirúrgicos
Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alérgicos
Alérgicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Toxicos
Alcohol
Alcohol: No
Fuma
Fuma: Si # cig/día: 15
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
E.T.S.
Venereas: NO RELATA

Otros Antecedentes
Ejercicio
Ejercicio: Si
Estres
Estres: No
Grasas
Grasas: No
Obesidad
Obesidad: No
Salado
Salado: No
Antecedentes Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Examen Físico
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 70.00 Talla (mts): 1.68
I.M.C.: 24.80 TA: 120/72
FC: 76.00 FR(min): 18.00
Temperatura: 37.00

Evaluación por sistemas
Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: NO INGURGITACION YUGULAR SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
Fondo de Ojo
Fondo de Ojo: DIFICIL DE EVALUAR POR FOTOFOBIA
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONESCON RONCOS GENERALIZADO
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Antropometria Abdominal
Cintura: 89 **Cadera:** 96
Relacion cintura/cadera: 1
Extremidades
Extremidades: VARICES GRADO 3 EN MIEMBROS INFERIORES , LESIOENS MACUALRES EZCEMATOSAS
Evaluacion de pies
Evaluacion Pies: NO LESIONE SUÑAS EN BUEN ESTADO , MICROFILAMENTO POSITIVO BILATERAL
Pulsos: +++/++ **Edema Msls:** NO
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diabetes
Tipo 1: NO **Tipo 2:** SI
Controlado: NO **No Controlado:** SI
Hipertension
PREHIPERTENSION 120-139/80-89: **ESTADIO I 140-159/90-99:**
ESTADIO II > 160/100: **Prehipertension:** NO
Estradio 0: SI **Estadio I:** NO
Estadio II: NO **Controlado:** SI
No Controlado: NO
Riesgo Cardiovascular
Riesgo A: NO **Riesgo B:** NO
Riesgo C: SI
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS: No **Cuales ?:** EPOC
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad de la Consulta:** NO APLICA
Dx. Principal: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION **Dx. Relacionado 1:** I10X-HIPERTENSION ESENCIAL
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
Dx. Relacionado 2: J449-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE DA FORMULA CON - INSULINA NPH 14 U A LAS 10 DE LA PM + GLUCOPHAGE 850 MG C/DIA + VERAPAMILLO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA **Ayudas paraclínicas solicitadas:** INGRESO
Recomendaciones y cuidados especiales: INDICACIONES PARA TENER EN CUENTA DEBE CAMINAR MINIMO 30 MINUTOS DIARIOS, NO COMER NADA DE GRASAS FRITOS MANTEQUILLAS CARNE GORDA CHICHARRON NI AZUCARES. POCA SAL Y HARINAS, COMER POQUITO Y SEGUIDO (6 VECES AL DIA) NO CIGARRILLO NI LICOR SE DAN INDICACIONES POR ESCRITO METAS ASI TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO :1.DISMINUIR DE PESO 2.DIETAS SANA , FRUTAS , VERDURAS , ALTO CONSUMO DE FIBRA3.CONSUMIR POR LO MENOS 1 VASO DE AGUA C 2 HORAS 4.NO CONSUMIR AZUCAR, NO PANELA NO MIEL, ENDULZAR CON ENDULZANTE SABRO O ESTEVIA5.CONSUMIR HUEVO NO FRITO , 6.NO CONSUMIR DULCES COMO:AREQUIPE , BOCADILLOS , NO CHOCOLATES GALLETAS DUCALES7.NO ABOLIR NINGUN ALIMENTO DE LA DIETA ES IMPORTANTE COMER POCO Y MAS SEGUIDO Q COMER BASTANTE Y POCA FRECUENCIA NO ADICCIONAR SAL DE MESA DIETA ASI : 1 DESAYUNO : 1 HARINA (2 TAJADA DE PAN O AREPA MEDIANA O 3 GALLETAS O 2 TOSTADAS , 1POCILLO DE CAFE O TE O COCOA , 2) MEDIA MAÑANA : 1 FRUTA , TE O CAFE , 3) ALMUERZO : JUGOS ANTES DE ALMORZAR 1 HARINA ESCOGER ENTRE , ARROZ , PAPA , YUCA , PLATANO , PORCION DE FRIJOL, LENTEJAS 1 PORCION DE CARNE EJEMPLO POLLO O PESCADO O CARNE , SOBREMESA TE, AROMATICA O CAFE CALIENTE, 4) CENA O COMIDA NO CONSUMIR HARINA EN ESTA COMIDA EN LO POSIBLE , 1 PORCION DE CARNE O JAMON , MERIENDA IGUAL Q LA MEDIA MAÑANA .SE DAN RECOMENDACIONES PARA CONTINUAR EN CONTROLES POR PROGRAMA, CONTINUAR CON MEDICACION COMO SE LE FORMULO,SE DAN SIGNOS DE ALARMA :COMO MAREO SUBITO, SUDORACION ABUNDANTE, VISION BORROSA, DOLOR DE CABEZA FUERTE QUE NO MEJROA, DOLOR EN EL PECHO, ENTUMECIMIENTO EN BRAZO IZQUIERDO O EN MANDIBULA, SUDORACION CON PALPITACION, CONSULTAR INMEDIATAMENTE URGENCIAS .ORINADERA, MUCHA SED, DOLOR ABDOMINAL, DOLOR AL ORINAR, ALTERACION DE LA CONCIENCIA, HERIDA EN LA PIEL QUE NO SANA. SE EXPLICAN CUIDADOS CON LOS PIES, LAVARLOS VERIFICAR QUE NO APAREZCAN HERIDAS, CORTARSE Y LIMARSE LAS UÑAS EN CUADRADO, NO QUITARSE CAYOS NI URGARSE... PLAN DE MANEJO ADHERENCIA A GUIAS VII COMITE, ATP III Y ALAD,TAMIZAJE VISUAL LOS LUNES DE 8 A 12 M y DE 2 A 4pm EN OPTOMETRIA SEGUNDO PISO DEL HOSPITAL
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa: **Remisiones:** -
Por Que?: PARA VALORACION Y MANEJO DE SU CUADRO -
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

DR. GUILLERMO LEON CASTRILLON GOMEZ
CC 71631638
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 5000297

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01HT-DM
Fecha Historia:19/04/2013 09:15 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA, ANTIOQUIA 19/04/2013 09:15 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1059575
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Hora: 08:58
Edad: 65 Años
Estado Civil: Casado
Escolaridad: UNIV
Direccion: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Fecha: 19/04/2013
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupacion: PENSIONADO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Regimen: CONTR
Acompañante: ESPOSO

Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: "CONTROL DE DM "
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DEDAD QUIN ASITE AL CONTROL DE DM Y HTA RISGO CARDIOVASCULAR SUFRE DE LAS PATOLOGIAS APORX 10 AÑOS EN TTO .VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA- INSULINA NPH 14 U A LAS 10 DE LA PM + GLUCOPHAGE 850 MG C/DIA CON BUANA DEHRENCIA AL TTO Y TOLERANCIA TRAE EXM HD, 22.1 C TOTAL 270 CREATINA 1.31 GLUCOSA AYUNAS 125 , TRIG 525 , MICROALB 200 , HEMOGLOBINA GLICOSILADA 8.7 . HG 16. HCT 47, PARCIAL DE ORINA NOMRAL 15.04.2013 , SE ORDENA ATORVASTATINA 40 MG 1 TAB NOCHE CENA , SE EDUCA AL APCIENTE SE EXPLICA SINGO DELAMRA PACIENTE ASITOMATICO NO REFIERE OTRO SINTOMAS MOTIVO POR EL CUL CONCULTA .YA FUE VALROADO POR MD INTERNA HACE 2 AÑOS , NOS REGIMOS ALAS GUIAS INSTITUCIONALES DE NUESTRO HOSPITAL SS VALORAICON POR MD INTERNA ,
Control HTA: SI

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Control DM: SI
CONTROL MEDICO: SI

Amaurosis fugaz: NO
Claudicacion: NO
Frialdad distal: NO
Mareo y/o Vertigo: NO
Pérdida de peso: NO
Polifagia: NO
Sed: NO
Tinnitus: NO

Revisión por Sistemas
Alteracion memoria: NO
Cefalea: NO
Edema Mels: NO
Disnea: NO
Palpitaciones: NO
Polaquiuria: NO
Precordialgia: NO
Somnolencia: NO
Otros: NO REFIERE NINGUNO DE STOS SINTOMAS .

Antecedentes
Hipertension
Tratamiento Actual HTA: - VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA
Diabetes Mellitus
Tratamiento Actual DIABETES: - INSULINA NPH 14 U A LAS 10 DE LA PM + GLUCOPHAGE 850 MG C/DIA
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Otros Antecedentes
RESULTADOS DE ULTIMOS EXAMENES
LDL = CT - TGL/5 - HDL:
Fecha de ultimos examenes: 15.04.2013
k2: 72.00
edad en años: 65
T.F.G.H.: 60.43
Trigliceridos: 525
HDL: 22
Hemoglobina A1C: 8.70

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):
k: 140
vi creatinina: 1.31
PESO(Kg): 76.00
Colesterol total: 270
K:5: 5
L.D.L.: 143.00
Glucemia: 125

Microalbuminuria: 200.00
FC 77
Hemograma: NORMAL

Electrocardiograma: EKG NO OMNDAS DE ISQUEMIAS
Parcial de Orina: NOAMRL

Examen Fisico
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 76.00
I.M.C.: 26.93
FC: 78.00
Temperatura: 36.00

Talla (mts): 1.68
TA: 130/80
FR(min): 20.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES NO IGURGITACION YUGAR NO SOPLOS CAROTIODE
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
Fondo de Ojo
Fondo de Ojo: DIFICIL DE EVALUAR POR FOTOFOBIA
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRs SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Antropometria Abdominal
Cintura: 90
Relacion cintura/cadera: 1
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Evaluacion de pies
Evaluacion Pies: NO LESIONE SUÑAS EN BUEN ESTADO , MICROFILAMENTO POSITIVO BILATERAL
Pulsos: ++/++
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Cadera: 102

Otros
HTA
De acuerdo a las cifras....:
No Controlado: SI
Diabetes
De acuerdo a las cifras....:
Tipo 2: SI
No Controlado: SI
Riesgo Cardiovascular
Riesgo A: NO
Riesgo C: SI
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS: SI
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)
Dx. Relacionado 2: J449-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guias de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): - INSULINA NPH 14 U A LAS 10 DE LA PM + GLUCOPHAGE 850 MG C/DIA + VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA , BROMURO DE HIPATOROPIO , SANBULTAMOL .HASTA 04.07.2013
Ayudas paraclínicas solicitadas: NO
Recomendaciones y cuidados especiales: SE DAN INDICACIONES POR ESCRITO METAS ASI TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO :1.DISMINUIR DE PESO 2.DIETAS DASH , FRUTAS , VERDURAS , ALTO CONSUMO DE POTASIO Y CALCIO 3.BAJO CONSUMO DE GRASAS SATURADAS Y AZUCARES 4.BAJO CONSUMO DE SODIO MENOR 6 G / DIA 5.ACTIVIDAD FISICA 4 VESES ALA SEMANA DURACION DE 30 A 60 MINUTOS CADA DIA6.SUSPENDER EL CONSUMO DE CIGARRILLO 7.BAJO CONSUMO DE ALCOHOL (0-2 TRAGO MINIMO) 1 TRAGO EQUIVALE 13.6 G ALCOHOL .SIGNOS DE LARMA DOLOR EN EL PECHO , DIAFORESIS , CLAUDICACION INTERMITENTE , CEFALEA INTENSA EDEMAS EN MIEMBROS , DIF RESPIRATORIA , DISNEA , ALTERACIONES DE LA MEMORIA ECT ... CONSULTAR INMEDIATAMETE URGENCIAS .PLAN DE MANEJO ADHERENCIA A GUIAS VII COMITE, ATP III Y ALAD,MOTIVO POR LE CUAL CONSULTA SE INVITA A LAS CHARLAS DE LOS PROGRAMAS LOS DIAS LUNES A VIERNES ALAS 10 AM Y 3 PM. SIGNOS DE ALARMA: DOLOR EN EL PECHO, DISNEA Y EDEMAS RAPIDAMENTE PROGRESIVOS. SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS, FRITOS, ARINAS.
LAS METAS DE BUEN CONTROL CON EL PACIENTE SON:
PRESION ARTERIAL: 130/80
HBA1C.: MENOR 6
PESO: MENOR 60

Controlado: NO
Tipo 1: NO
Controlado: NO
Riesgo B: NO
Cuales ?: ATP III GRUPO 5
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL
Fecha Proxima Cita: 04/07/2013
GLUCEMIA.: MENOR 110
LDL.: MENOR 70
T.F.G...: MAYOR 60

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?
Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?: Si
Recuerda el horario de los medicamentos que consume?
Recuerda el horario de los medicamentos que consume?: Si
Ha dejado de tomar los medicamentos en algun momento últimamente?
Ha dejado de tomar los medicamentos en algun momento últimamente?: No
Asiste a las charlas educativas del programa?
Asiste a las charlas educativas del programa?: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: PARA VALORACION Y MANEJO DE SU CUADRO -
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Remisiones: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

Jorge de la Hoz Vizcaino

DR. JORGE GREGORIO DE LA HOZ VIZCAINO
CC 8650141
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 5391412

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01HT-DM
Fecha Historia:04/07/2013 10:20 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 04/07/2013 10:20 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1102047
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Hora: 09:50
Edad: 65 Años
Estado Civil: Casado
Escolaridad: UNIV
Direccion: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: VIENE A CONTROL DE LA DIABETES
Enfermedad Actual: PACIENTE DIABETICO DESDE HACE 10 AÑOS, EN EL MOMENTO EN MANEJO CON INSULINA NPS 18 U EN LA NOCHE, VERAPAMILO 120 MG CADA 12 HRS, SALBUTAMOL INH Y B. IPRATOPIUM INHEL PTE POR VOLUNTAD PROPIA NO ESTA TOMANDO EL LOSARTANEVALUADO POR INTERNISTA EL 27/06/2013TRAE ECO PROSTATICA DEL 26/06/2013 LA CUAL REPORTA AUMENTO DE TAMAÑO CON PÉSO DE 50 GR, ESTA PENDIENTE PSATIENE EXAMENES DEL 19/06/2013TIENE CITA CON NEFROLOGIA EL 29/07/2013 TRAE GLUCEMIA DEL 3/07/2013 EN 207 MAL CONTROL BASAL
Control DM: SI
CONTROL MEDICO: SI
Revisión por Sistemas
Alteración memoria: NO
Cefalea: NO
Edema Msls: NO
Disnea: NO
Palpitaciones: NO
Polaquiuria: NO
Precordialgia: NO
Somnolencia: NO
Otros: ASINTOMATICO EN EL MOMENTO

Fecha: 04/07/2013
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupacion: PENSIONADO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Regimen: CONTR
Acompañante: ROSA

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Control HTA: NO

Amaurosis fugaz: NO
Claudicacion: NO
Frialdad distal: NO
Mareo y/o Vertigo: NO
Pérdida de peso: NO
Polifagia: NO
Sed: NO
Tinnitus: NO

Antecedentes
Hipertension
Tratamiento Actual HTA: VERAPAMILO 120 MG X2, SALBUTAMOL Y B. IPATROPIUM INH
Diabetes Mellitus
Tratamiento Actual DIABETES: - INSULINA NPH 18 U A LAS 10 DE LA PM
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Otros Antecedentes
RESULTADOS DE ULTIMOS EXAMENES
LDL = CT - TGL/5 - HDL:
Fecha de ultimos examenes: 19/06/2013
k2: 72.00
edad en años: 65
T.F.G.H.: 60.43
Trigliceridos: 525
HDL: 22
Hemoglobina A1C: 8.70
Microalbuminuria: 125.00
FC 77
Hemograma: NORMAL

Examen Fisico
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 77.00
I.M.C.: 27.28
FC: 74.00
Temperatura: 36.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
Fondo de Ojo
Fondo de Ojo: CATARATA INCIPIENTE BILATERAL, SIN HEMORRAGIAS, SINEXUDADOS, SIN MICROANEURISMAS
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, SIN CREPITOS, SIN RONCUS
Abdomen
Abdomen: BVLANDO Y DEPRESIBLE, SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Antropometria Abdominal
Cintura: 101
Relacion cintura/cadera: 1
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Evaluacion de pies
Evaluacion Pies: NO LESIONE SUÑAS EN BUEN ESTADO , MICROFILAMENTO POSITIVO BILATERAL
Pulsos: +++/+++
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS
Otros
Comentarios: PTE CON DIABETES DE LARGA DATA, EN EL MOMENTO CON ESTUDIOS COMPATIBLES CON NEFROPATIA DIABETICA ESTADIO 2, HTA, MAL CONTROL GLUCEMICO, DISLIPIDEMIA A ESPENSAS DE TGL.EN MI OPINION ES UN PTE CANDIDATO PARA MANEJO CON INSULINAS ANALOGAS DE LARGA ACCION, SEGUN ULTIMOS ESTUDIOS PROVEEN MEJOR CONTROL GLUCEMICO, MENOR RIESGO HIPOGLUCEMIAS, PROTECCION RENAL Y MEJOR ADHERENCIA AL TTO
HTA
De acuerdo a las cifras...:
No Controlado: NO
Diabetes
De acuerdo a las cifras...:
Tipo 2: SI
No Controlado: SI
Riesgo Cardiovascular
Riesgo A: NO
Riesgo C: SI
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS: SI
Cuales ?: NEFROPATIA DIABETICA, CON MICROALBUMINURIA Y PROTEINURIA ERC ESTADIO 2
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)
Dx. Relacionado 2: E782-HIPERLIPIDEMIA MIXTA
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guias de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): 1. INSULINA LANTUS 15 UN EN LA MAÑANA 2. FENOFRIBRATO 200 MG UNA AL DIA # 303. LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS4. SALBUTAMOL INH Y B. IPRATROPIUM INH 5. ASA 100 MG UNA DIA5. CINTILLAS PARA GLUCOMETRO
Ayudas paraclinicas solicitadas: TIENE RECIENTES DE 19/06/2013

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):
k: 140
vi creatinina: 1.31
PESO(Kg): 76.00
Colesterol total: 270
K:5: 5
L.D.L.: 143.00
Glucemia: 125
Electrocardiograma: EKG NO OMNDAS DE ISQUEMIAS
Parcial de Orina: NOAMRL

Talla (mts): 1.68
TA: 120/70
FR(min): 18.00

Cadera: 98
Controlado: SI
Tipo 1: NO
Controlado: NO
Riesgo B: NO
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

Recomendaciones y cuidados especiales: HACER EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA IDEALMENTE CAMINAR POR LO MENOS DE 30 MINUTOS DIARIOS, BAJAR DE PESO, DIETA BAJA EN GRASA Y FRITOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE AZUCARES Y HARINAS, NO ENDULZAR CON AZÚCAR NI PANELA, CONSULTAR EN CASO DE DOLOR PRECORDIAL INTENSO Y CONSTANTE MAYOR A 15 MINUTOS, DIAFORESIS, MAREO, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, CEFALEA INTENSA, VOMITO PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR. SE EDUCA EN CALZADO ADECUADO PARA DIABETICOS Y CUIDADO DE LOS PIES. ASISTIR A LAS CHARLAS DE EDUCACION DEL PROGRAMA.

LAS METAS DE BUEN CONTROL CON EL PACIENTE SON:

PRESION ARTERIAL: 120/80
HBA1C.: 7
PESO: 77

GLUCEMIA: 126
LDL.: 100
T.F.G.: 60

Fecha Proxima Cita: 13/09/2013

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?
Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?: Si
Recuerda el horario de los medicamentos que consume?
Recuerda el horario de los medicamentos que consume?: Si
Ha dejado de tomar los medicamentos en algun momento últimamente?
Ha dejado de tomar los medicamentos en algun momento últimamente?: No
Asiste a las charlas educativas del programa?
Asiste a las charlas educativas del programa?: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: EVALUADO POR INTERNISTA EL 27/06/2013 Y TIENE CITA CON NEFROLOGIA EL 29/07/2013
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Remisiones: No
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. JUAN ALVARO NUÑEZ DUQUE
CC 71730727
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 5230797

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01HT-DM
Fecha Historia: 13/09/2013 09:52 a.m.
Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 13/09/2013 09:52 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1144391
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Hora: 09:27
Edad: 65 Años
Estado Civil: Casado
Escolaridad: UNIV
Dirección: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Fecha: 13/09/2013
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupación: PENSIONADO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499
Regimen: CONTR
Acompañante: JULIA ROSA RAMIREZ

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: SOLO
Enfermedad Actual: DON ISMAEL 65 AÑOS EDUCADRO 3 HIJOS PACIENTE DIABETICO DESDE HACE 10 AÑOS, EN EL MOMENTO EN MANEJO CON INSULINA GLARGINA 25 U U 9 A.M. PERO PRESENTA HIPOTERMIA SUDOR FRIO OCASIONAL Y MALESTAR ORDENADA X INTERNISTA EN H RIONEGRO HACE 1 MES LOSARTAN 50 CADA 12 HORAS + AMLODIPINO 5 MG DIA MG CADA 24 HRS, SALBUTAMOL INH Y B. IPRATOPIUM INHEL PTE POR VOLUNTAD PROPIA NO ESTA TOMANDO EL LOSARTANEVALUADO POR INTERNISTA EL 27/08/2013 TIENE CITA DE REVION ESTA SEMANA TRAE ECO PROSTATICA DEL 26/06/2013 LA CUAL REPORTA AUMENTO DE TAMAÑO CON PÉSO DE 50 GR, ESTA PENDIENTE PSATIENE EXAMENES DEL 19/06/2013 TIENE CITA CON NEFROLOGIA EL 29/07/2013 TRAE GLUCEMIA DEL 3/07/2013 EN 207 MAL CONTROL BASAL
Control DM: SI
CONTROL MEDICO: NO
Revisión por Sistemas
Alteración memoria: NO
Cefalea: NO
Edema Mals: NO
Disnea: NO
Palpitaciones: NO
Polaquiuria: NO
Precordialgia: NO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Control HTA: SI

Amaurosis fugaz: NO
Claudicación: NO
Friedad distal: NO
Mareo y/o Vertigo: NO
Pérdida de peso: NO
Polifagia: NO
Sed: NO

Somnolencia: NO

Tinnitus: NO

Otros: NIEGA DOLOR EN EL PECHO, NEIGA DISNEA, NIEGA EDEMAS, NEIGA CEFALEA, NEIGA MAREOS, NIEGA POLIDIPSIA, NIEGA POLIURIA, NIEGA PALPITACIONES, NEIGA CLAUDICACION., NIEGA TINITUS, NIEGA ORTOPNEA, NEIGA DPN.

Antecedentes

Hipertension

Tratamiento Actual HTA: LOSARTAN 50 CADA 12 HORAS + AMLODIPINO 5 MG DIA X2, SALBUTAMOL Y B. IPATROPIUM INH

Diabetes Mellitus

Tratamiento Actual DIABETES: - INSULINA GLARGINA 23 U A LAS9 AM. GLUCOPHAGE 1 ALAS 9 P.M.

Patologicos

Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC

Quirurgicos

Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Otros Antecedentes

RESULTADOS DE ULTIMOS EXAMENES

LDL = CT - TGL/5 - HDL:

Fecha de ultimos exámenes: 19/06/2013

k2: 72.00

Peso en kilogramos: 82.00

Fecha Creatinina: 06/08/2013

Trigliceridos: 525

HDL: 22

Glucemia: 125

Electrocardiograma: EKG NO OMNDAS DE ISQUEMIAS FC 77

Parcial de Orina: NOAMRL

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):

k: 140

edad en años: 65

Creatinina.: 1.27

Colesterol total: 270

K:5: 5

L.D.L.: 143.00

Microalbuminuria: 125.00

Hemograma: NORMAL

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso en kilogramos: 82.00

Talla en centímetros: 182

IMC: 25

Diez mil: 10000

FC: 66.00

Temperatura: 37.00

Fecha del peso: 13/09/2013

Fecha de la talla: 13/09/2013

No cambiar dato = 10000:

TA: 120/80

FR(min): 16.00

Evaluacion por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: NO ING YUGULAR SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES

Fondo de Ojo

Fondo de Ojo: CATARATA INCIPIENTE BILATERAL, SIN HEMORRAGIAS, SINEXUDADOS, SIN MICROANEURISMAS

ORL

ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar

Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

Abdomen

Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Antropometria Abdominal

Cintura: 96

Relacion cintura/cadera: 1

Cadera: 102

Extremidades

Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES

Evaluacion de pies

Evaluacion Pies: NO LESIONE SUÑAS EN BUEN ESTADO , MICROFILAMENTO POSITIVO BILATERAL

Pulsos: +++/+++

Genitourinario

Genitourinario: NO SE EVALUA

Neurologico

Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos

Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros

HTA

De acuerdo a las cifras...:

No Controlado: SI

Controlado: NO

Diabetes

De acuerdo a las cifras...:

Tipo 2: SI

No Controlado: SI

Tipo 1: NO

Riesgo Cardiovascular

Riesgo A: NO

Riesgo B: NO

Riesgo C: SI

EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS

EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS: Si

Diagnosticos

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Dx. Principal: E139-OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS SIN MENCION DE COMPLICACION

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)

Conducta

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:

Medicación (presentación, dosis y tiempo): PLAN DE ACCION MAPEO DE GLUCEMIAS X AUTOMONITOREO BAJAR INSULINA GLARGINA 23 U A LAS 9 AM. GLUCOPHAGE 1 ALAS 9 P.M. LOSARTAN 50 CADA 12 HORAS + AMLODIPINO 5 MG DIA X2, SALBUTAMOL Y B.

IPATROPIUM INH FORMUAL X 2 MESES

Ayudas paraclínicas solicitadas: HBA1C MICROALB POTASIO GLUCEMIA X MAPEO

Recomendaciones y cuidados especiales: SE DAN INDICACIONES POR ESCRITO METAS ASI TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

1.DISMINUIR DE PESO 2.DIETAS DASH , FRUTAS , VERDURAS , ALTO CONSUMO DE POTASIO Y CALCIO 3.BAJO CONSUMO DE GRASAS SATURADAS Y AZUCARES 4.BAJO CONSUMO DE SODIO MENOR 6 G / DIA 5.ACTIVIDAD FISICA 5 VESES ALA SEMANA DURACION DE 30 A 60 MINUTOS CADA DIA6.SUSPENDER EL CONSUMO DE CIGARRILLO 7.BAJO CONSUMO DE ALCOHOL (0-2 TRAGO MINIMO) 1 TRAGO EQUIVALE 13.6 G ALCOHOL .SIGNOS DE LARMA DOLOR EN EL PECHO , DIAFORESIS , CLAUDICACION INTERMITENTE , CEFALEA INTENSA EDEMAS EN MIEMBROS , DIF RESPIRATORIA , DISNEA , ALTERACIONES DE LA MEMORIA ECT ... CONSULTAR INMEDIATAMENTE URGENCIAS .PLAN DE MANEJO ADHERENCIA A GUIAS VII COMITE, ATP III Y ALAD.MOTIVO POR LE CUAL CONSULTA SE INVITA A LAS CHARLAS DE LOS PROGRAMAS LOS DIAS LUNES A VIERNES ALAS 10 AM Y 3 PM. SIGNOS DE ALARMA: DOLOR EN EL PECHO, DISNEA Y EDEMAS RAPIDAMENTE PROGRESIVOS. SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS, FRITOS, HARINAS.

LAS METAS DE BUEN CONTROL CON EL PACIENTE SON:

PRESION ARTERIAL: 130/80

HBA1C.: <7

PESO: IMC

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

Fecha Proxima Cita: 05/12/2013

GLUCEMIA: 90-130

LDL.: <130

T.F.G...: >70

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?

Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?: Si

Recuerda el horario de los medicamentos que consume?

Recuerda el horario de los medicamentos que consume?: Si

Ha dejado de tomar los medicamentos en algun momento últimamente?

Ha dejado de tomar los medicamentos en algun momento últimamente?: No

Asiste a las charlas educativas del programa?

Asiste a las charlas educativas del programa?: Si

Remisiones

DR. formato de remision con informacion completa:

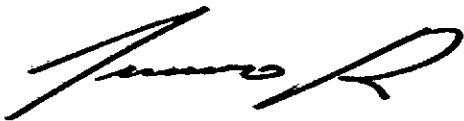
Remisiones: No

Por Que?: EVALUADO POR INTERNISTA EL 27/06/2013 Y TIENE CITA CON NEFROLOGIA EL 29/07/2013

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. FRANCISCO JAVIER RAMIREZ GIRALDO
CC 70901131
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 023295

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 URG

Fecha Historia:19/11/2013 04:20 p.m.

Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 19/11/2013 04:20 p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN

ESPECIAL

No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1180827

Atención: Urgencias

Datos Generales

Historia: 3527562

Fecha: 19/11/2013

Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Sexo: Masculino

Ocupacion: PENSIONADO

Zona: URBANO

Escolaridad: UNIV

E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR

Convenio: 019MAGISTERIO

Datos del Acompañante

Nombre y Parentesco: FAMILIAR

PACIENTE REFERIDO

Hora: 16:14

Tipo Documento F: CC

Edad: 65 Años

Estado Civil: Casado

Natural de: ANTIOQUIA

Dirección: CALLE 29 N36-26

Teléfono: 5480499

Regimen: CONTR



PACIENTE REFERIDO: No
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO **REPETIDO EN EL AÑO:** SI
Enfermedad Actual: MASCULINO DE 65 AÑOS CON ANTE DE HTA, DM, GOTA, EN TTO, TIENE PTE COLECISTECTOMIA, CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CON DOLOR A NIVEL DE EPIGASTRIO DE MORADA INTENSIDAD, ASOCIADO A DISMUCION DE APETITO, NO FIEBRE, NO OTROS SINTOMAS

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC
Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiatricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Alerta: SI **Somnoliento:** NO
Estupor: NO **Coma:** NO
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 0 **Talla (mts):** 1.68
I.M.C.: 0 **TA:** 140/80
FC: 64.00 **FR(min):** 18.00
Temperatura: 36.50

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
ojos
ojos: Normal
ORL
ORL: Normal
Cardiopulmonar
Cardiopulmonar: Normal
Abdomen
Abdomen: Anormal
ANORMAL...: PERISTALSIS NORMAL, NO MASAS, NO MEGELIAS, CON DOLOR A LA PALPACION SUPERIFICAL Y PROFUNDA EN EPIGASTRIO, SIGNO DE MURPHY: NEG
Genitourinario
Genitourinario: Normal
Extremidades
Extremidades: Normal
Neurologico
Neurologico: Normal
Piel y Anexos
Piel y Anexos: Normal

Escala de Glasgow
Respuesta al llamado
Apertura ocular 4: **Respuesta a palabras 3:**
Al dolor 2: **Ninguna 1:**
Respuesta al llamado
Respuesta motora
Movimientoespontaneo 6: **Retira al tacto 5:**
Retira al dolor 4: **En flexion anormal 3:**
En extension anormal 2: **Ninguna 1:**

Respuesta motora
Respuesta verbal
Vocaliza o balbucea 5:
Inapropiado 3:
Ninguna 1:

Respuesta verbal
Total Escala de Glasgow
total respuesta al llamado: 4
Total respuesta verbal: 5

Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: R101-DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
Dx. Relacionado 1: K808-OTRAS COLELITIASIS

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Observacion: SI
MANEJO EN URGENCIAS: UBICAR EN CAMILLA BARANDAS ARIBASS 0.9% 250 CC + HIOSCINA BB + DIPIRONA 1 AMPRANITIDINA 100
MG IV DEXTROMETERCSV Y AC

Tipo de Consulta
Tipo de Consulta: PRIORITARIA

Incapacidad
Incapacidad: No
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Llanto o confuso 4:
Incoherente 2:

Total respuesta motora: 6
Total Escala de Glasgow: 15

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Dx. Relacionado 2: K297-GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

Alta: NO
Hospitalizar: NO
ORDENES DE ALTA: SEGUNE VOLUCION

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

Nardey Crespo

DR. NARDEY MARIA CRESPO VERGARA
CC 1102816082
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 23192111

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 URG
Fecha Historia:27/02/2015 06:49 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 27/02/2015 06:49 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1449688
Atención: Urgencias



Datos Generales
Historia: 3527562
Fecha: 27/02/2015
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupacion: PENSIONADO
Zona: URBANO
Escolaridad: UNIV
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO

Datos del Acompañante
Nombre y Parentesco: -

Hora: 18:47
Tipo Documento F: CC
Edad: 66 Años
Estado Civil: Casado
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 N36-26
Telefono: 5480499
Regimen: CONTR

En caso de Violencia Accidente o Intoxicacion
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: SI
Enfermedad Actual: REFIERE C.C DE 1 DIA CONSISTENTE EN POLIDIPSIA ASOCIADO A ASTENIA Y ADINAMIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA. REFIERE HTA Y DM SIN MANEJO DESDE HACE MAS DE 1 MES. LO SUSPENDIÓ VOLUNTARIAMENTE.

REPETIDO EN EL AÑO: NO

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: REFIERE HTA VERAPAMILO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC

Quirurgicos
Quirurgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiatricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos
Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR

Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.

E.T.S.
Venerreas: NO RELATA

Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno

Estado de Conciencia
Alerta: SI

Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 0
I.M.C.: 0
FC: 72.00
Temperatura: 37.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal

Cuello
Cuello: Normal

ojos
ojos: Normal

ORL
ORL: Normal

Cardiopulmonar
Cardiopulmonar: Normal

Abdomen
Abdomen: Normal

Genitourinario
Genitourinario: Normal

Extremidades
Extremidades: Normal

Neurologico
Neurologico: Normal

Piel y Anexos
Piel y Anexos: Normal

Escala de Glasgow
Respuesta al llamado
Apertura ocular 4:
Al dolor 2:

Respuesta al llamado
Respuesta motora
Movimientoespontaneo 6:
Retira al dolor 4:
En extension anormal 2:

Respuesta motora
Respuesta verbal
Vocaliza o balbucea 5:
Inapropiado 3:
Ninguna 1:

Respuesta verbal
Total Escala de Glasgow
total respuesta al llamado: 4
Total respuesta verbal: 5

Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E103-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES OFTALMICAS
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA ESPECIFICADA

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guias de manejo:

Somnoliento: NO
Coma: NO

Talla (mts): 1.68
TA: 150/90
FR(min): 18.00
SatO2: -

Respuesta a palabras 3:
Ninguna 1:

Retira al tacto 5:
En flexion anormal 3:
Ninguna 1:

Llanto o confuso 4:
Incoherente 2:

Total respuesta motora: 6
Total Escala de Glasgow: 15

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: R739-HIPERGLICEMIA, NO

Alta: NO

Observación: SI

MANEJO EN URGENCIAS: 1. UBICAR EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA 2. GLUCOMETRIA: HIGH 3. EKG: RITMO SINUSAL, REGULAR, FC: 67. BLOQUEO DE RAMA DERECHA. NO ALTERACIONES DEL ST.4. SS 0.9% 1500 CC IV A CHORRO, LUEGO SS 0.9% 500 CC + INSULINA CRISTALINA 12 UNDS IV. PASAR EN 1 HR5. S/S HEMOGRAMA, GLICEMIA, CREATININA, BUN, PARCIAL DE ORINA 6. GLUCOMETRIA CONTROL 7. REVALORAR.

Tipo de Consulta

Tipo de Consulta: URGENCIA NO VITAL

Estado de salida del paciente

Vivo: SI

Incapacidad

Incapacidad: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Hospitalizar: NO

Muerto: NO

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: SI

DR. RAUL ALFONSO VARGAS MARTINEZ
CC 1129515547
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 23164611

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 FCE

Fecha Historia: 02/03/2015 08:25 a.m.

Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 02/03/2015 08:25 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL

No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1450520

Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562

Documento: 3527562

Fecha: 02/03/2015

Edad: 66 Años

Estado Civil: Casado

Zona: URBANO

Teléfono: 5480499

Ocupación: PENSIONADO

Regimen: CONTR

Acompañante: ESPOSA

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: PTE DE 66 AÑOS CON CUADRO DE DM TIPO IR EL CUAL ESTUVO EL VIERNES EN LA NOCHE,, POR DESCOMPENSACION DIABETICA,, SIN CONTROL HACE 2 O 3 MESES,,, EL CUAL LO ENCONTRARON DESCOMPENSADO,,, .. HOY VIENE A REVISION,,, HOY CON FATIGA EN EL ESTOMAGO, DESALIENTO, POCO FRIO,, NO MAREO,,

Enfermedad Actual: PTE DE 66 AÑOS CON CUADRO DE DM TIPO IR EL CUAL ESTUVO EL VIERNES EN LA NOCHE,, POR DESCOMPENSACION DIABETICA,, SIN CONTROL HACE 2 O 3 MESES,,, EL CUAL LO ENCONTRARON DESCOMPENSADO,,, .. HOY VIENE A REVISION,,, HOY CON FATIGA EN EL ESTOMAGO, DESALIENTO, POCO FRIO,, NO MAREO,,

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: NO SEDNO MAREOS

Tipo Documento F: CC

Hora: 08:14

Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Sexo: Masculino

Natural de: ANTIOQUIA

Dirección: CALLE 29 N36-26

Escolaridad: UNIV

E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR

Convenio: 019MAGISTERIO

Parentesco: ESPOSA

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: REFIERE HTA VERAPAMILLO 120 MG X2 + LOSARTAN 50 MG C/DIA Y DM INSULINA NPH 14 UD PM GLUCOPHAGE X1 DESCONOCE TRATAMIENTO, ESTA EN SEGUIMIENTO CON MEDICO INTERNISTA EPOC

Quirúrgicos

Quirúrgicos: NO RELATA CIRUGIAS

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR

Transfusionales

Transfucionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 67.00
I.M.C.: 23.74
FC: 62.00
Temperatura: 36.50

Talla (mts): 1.68
TA: 160/
FR(min): 18.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR...
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA ESPECIFICADO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: „
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guias de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE PASA PARA URGENCIAS PARA HACER DEXTROMETER,, URGENTE, SE ORDENA SOLUCION SALINA 1000 CC PARA PASAR EN UNA HORA, ..
Recomendaciones y cuidados especiales: DIETA BALANCEADA USAR LA MEDICACION,, CONTINUA,,
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: EVALUADO POR INTERNISTA EL 27/06/2013 Y TIENE CITA CON NEFROLOGIA EL 29/07/2013
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: F329-EPISODIO DEPRESIVO, NO
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
Baciloscopia de Diagnóstico: „
Ayudas paraclínicas solicitadas: DEXTEROMETER..
Remisiones: No
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. ELKIN ARMANDO GOMEZ JARAMILLO
CÇ 70903523
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5-556-97



HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 HTDM

Fecha Historia: 06/03/2015 09:59 a.m.

Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA - 06/03/2015 09:59 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL

No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1453603

Atención: Ambulatorio

Datos Generales

Historia: 3527562

Fecha: 06/03/2015

Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Sexo: Masculino

Ocupación: PENSIONADO

Nivel Educativo: UNIVERSITARIO

Dirección: CALLE 29 N36-26

E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR

Convenio: 019MAGISTERIO

Grupo étnico: MESTIZA

Datos de la Consulta

Motivo de la Consulta: VIENE A CONTROL DE DIABETES

Enfermedad Actual: PTE DIABETICO CONOCIDO DE MUCHOS AÑOS, EL CUAL HABIA DEJADO DE ASISTIR AL PROGRAMA, RECIENTEMENTE PRESENTO DESCOMPENSACION AGUDA, LA CUAL FUE MANEJADA EN FORMA AMBULATORIA, AHORA VIENE PARA REINGRESAR AL PROGRAMA, EN EL MOMENTO EN MANEJO CON INSULINA NPH 10 UNDS EN LA MAÑANA Y 10 UNDS EN LA NOCHE, NO TOMA NINGUN OTRO MEDICAMENTO. TRAE EXS DEL 27/02/2015 CON CREATININA 1,6 MUY ELEVADA, GLUCEMIA 860 SUPER ELEVADA, BUN 45 MUY ELEVADO, HEMOGRAMA CON HEMOCONCENTRACION HB 17 Y HTO 51,6, LEUCOCITOSIS DE 14.620 CON NEUTROFILIA, PARCIAL DE ORINA CON GLUCOSURIA +++, HBA1C 11,9% MUY MAL CONTROL.

Diabetes: SI

Tipo Documento F: CC

Hora: 09:32

Edad: 66 Años

Estado Civil: Casado

Escolaridad: UNIVERSITARIO

Zona: URBANO

Teléfono: 5480499

Regimen: CONTR

Acompañante: ROSA RAMIREZ

Parentesco: ESPOSA

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

Revisión por Sistemas

Alteración memoria: NO

Cefalea: SI

Edema Msls: NO

Díscnea: NO

Palpitaciones: NO

Poliuria: SI

Precordialgia: NO

Somnolencia: NO

Otros: ORINA CLARA, SIN DOLOR PRECORDIAL, TOS SECA, SENSACION DE ARDOR EN LOS PIES

Amaurosis fugaz: NO

Claudicación: NO

Frialdad distal: NO

Mareo y/o Vertigo: SI

Perdida de peso: NO

Poliuria: NO

Sed: SI

Tinnitus: NO

Exámenes

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):

Fecha de últimos exámenes: 27/02/2015

K2: 72.00

Peso en kilogramos: 69.50

Fecha Creatinina: 27/02/2015

K: 5: 5

Glucemia: 860

Hemoglobina Glicosilada: 11.90

Electrocardiograma: NO SE HIZO

Hemograma: 27/02/2015 HEMOCONCENTRACION HB 17 Y HTO 51,6, LEUCOCITOSIS DE 14.620 CON NEUTROFILIA

Parcial de Orina: 27/02/2015 GLUCOSURIA ++++

LDL = CT - TGL/5 - HDL:

K: 140

edad en años: 66

Creatinina: 1.60

T.F.G.H.: 43

L.D.L.: 143.00

Fecha de la Toma de Glucemia Basal: 27/02/2015

Fecha Hemoglobina Glicosilada: 28/02/2015

Antecedentes

HTA

HTA: SI

Tratamiento Actual HTA: SIN TTO SUSPENDIDO VOLUNTARIAMENTE POR EL PTE

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus: SI

Tiempo de evolución en años: 10

Tratamiento Actual DIABETES: INSULINA NPH 10 UNDS AM Y 10 UNDS PM

Patológicos

Patológicos: PTE CONOCIDO POR DIABETES E HTA EN EL MOMENTO SOLO EN MANEJO CON INSULINA NPH 10 UNDS AM Y 10 UNDS PM

Quirúrgicos

Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA 2014

Alérgicos

Alérgicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Toxicos

Alcohol

Alcohol: No

Fuma

Fuma: No

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.

Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD PROFESIONAL
Dx. Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)
Dx. Relacionado 2: N189-INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
Dx. Relacionado 3: G590-MONONEUROPATIA DIABETICA (E10-E14? COMO CUARTO CARACTER COMUN .4)
Paciente Dx Enf. Mental: No aplica

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): 1. LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS # 602. ASA 100 G UNA DIA # 303. ATORVASTATINA 40 MG UNA DIARIA # 304. INSULINA GLARGINA 16 UNDS EN LA MAÑANA5. THIOCTACID TABLETAS 600 MG UNA DIARIA
Ayudas paraclínicas solicitadas: SE SOLICITA GLUCEMIA, CREATININA, HEMOGRAMA, COLESTEROL, HDL, TGL, PARCIAL DE ORINA Y EKG, HBA1C, MICROALBUMINURIA Y POTASIO, DEPURACION DE CREATININA, PROTEINURIA 24 HRS
Recomendaciones y cuidados especiales: SE INSISTE EN SER PUNTUAL CON EL TTO, REALIZARSE EXS SOLICITADOS, HACER EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA IDEALMENTE CAMINAR POR LO MENOS DE 30 MINUTOS DIARIOS, CONTROL DE PESO, DIETA BAJA EN GRASA Y FRITOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE AZUCARES Y HARINAS, NO ENDULZAR CON AZUCAR NI PANELA, CONSULTAR EN CASO DE DOLOR PRECORDIAL INTENSO Y CONSTANTE MAYOR A 15 MINUTOS, DIAFORESIS, MAREO, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, CEFALEA INTENSA, VOMITO PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: PENDIENTE EXAMENES PARA DEFINIR CONDUCTA
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL
Remisiones: -
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. JUAN ALVARO NUÑEZ DUQUE
CC 71730727
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 5230797

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:12/03/2015 02:30 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 12/03/2015 02:30 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1457375
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 12/03/2015
Edad: 66 Años
Estado Civil: Casado
Zona: URBANO
Telefono: 5480499--3206219643
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: SOLO

Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: VIEN A REVISION DE EXAMENES
Enfermedad Actual: PTE DIABETICO, HTA Y DISLIPIDEMIA, CON DESCOMPENSACION AGUDA, SE LE ORDENO TTO CON INSULINA GLARGINA 16 UNDS DIA, AC THIOCTICO 600 MG UNA DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS Y ASA 100 MG DIA. TRAE EXAMENES DEL 9/03/2015 CON PARCIAL DE ORINA GLUCOSURIA +++, PROTEINURIA ++, HEMOGRAMAA CON LEUCOCITOSIS Y BEUTROFILIA SIN ANEMIA, CT 231 ELEVADOS, TGL 288 ELEVADOS, HDL 33,4 BAJOS, GLUCEMIA 183 ELEVADA, HBA1C 12,7% MUY MAL CONTROL, TSH 1,56 NORMAL, MICROALBUMINURIA 288,6 ELEVADA, DEPURACION CREATININA 47,6 BAJA ESTADIO 3 DE ERC, PROTEINAS 24 HR CON 1,54 GR/H ELEVADO.EL PTE NO SE ESTA APLICANDO LA INSULINA GLATGINA NI ESTA TOMANDO EL AC THIOCTICO, SE ESTA APLICANDO LA INSULINA NPH 10 UNDS AM Y 13 UNDS PM. TIENE AUTOMONITOREO PERO NO SE ESTA HACENDO LAS MEDICIONES.
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revision por Sistemas
Revision sistemas: LO ANOTADO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Tipo Documento F: CC
Hora: 14:14
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 N36-26
Grupo etnico: MESTIZO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SOLO

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Antecedentes
Patológicos
Patológicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 16 UNDS DIA, AC THIOCTICO 600 MG UNA DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS Y ASA 100 MG DIA.
Tratamiento para Lepra: 0
Quirúrgicos
Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA 2014
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venerreas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Antecedentes Ginecoobstétricos
Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: No

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Regular
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 69.50
I.M.C.: 22.69
FC: 64.00
Temperatura: 36.00

Talla (mts): 1.75
TA: 130/70
FR(min): 19.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, SIN CREPITOS SIN RONCUS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SAT O2 94%
Abdomen
Abdomen: PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS
Otros
Otros: PTE DIABETICO, HTA, DISLIPIDEMICO, CON NEUROPATIA DIABETICA DE MSIS Y ERC ESTADIO 3 CON MUY BAJA ADHERENCIA A LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA, POCA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES MEDICAS, ADEMAS NO SIGUE RECOMENDACIONES DE TTO, NO HA TRAMITADO EN SU ASEGURADORA LA ENTREGA DE LA INSULINA GLARGINA Y EL AC THIOCTICO PARA SU CONTROL. TIENE UN RIESGO CARDIOVASCULAR MUY ELEVADO
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)
Dx. Relacionado 2: N189-INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
Dx. Relacionado 3: G590-MONONEUROPATIA DIABETICA (E10-E14? COMO CUARTO CARACTER COMUN .4)
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: ,
Conducta

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
Baciloscopia de Diagnóstico: 0

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): IGUAL TTOSE DA ORDEN PARA DISPOSITIVOS DE AUTOCONTROL POR 3 MESES
Ayudas paraclínicas solicitadas: NINGUNO
Recomendaciones y cuidados especiales: SE INSISTE EN SER PUNTUAL CON EL TTO, REALIZARSE EXS SOLICITADOS, HACER EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA IDEALMENTE CAMINAR POR LO MENOS DE 30 MINUTOS DIARIOS, BAJAR DE PESO, DIETA BAJA EN GRASA Y FRITOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE AZÚCARES Y HARINAS, NO ENDULZAR CON AZÚCAR NI PANELA, CONSULTAR EN CASO DE DOLOR PRECORDIAL INTENSO Y CONSTANTE MAYOR A 15 MINUTOS, DIAFORESIS, MAREO, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, CEFALEA INTENSA, VOMITO PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa: Remisiones: Si
Especialidades: NEFROLOGIA Por Que?: EVALUACION PRIORITARIA
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos: Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. JUAN ALVARO NUÑEZ DUQUE
CC 71730727
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5230797

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:13/04/2015 08:42 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 13/04/2015 08:42 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1473970
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 13/04/2015
Edad: 67 Años
Estado Civil: Casado
Zona: URBANO
Telefono: 5480499-3206219643
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: ROSA
Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: TRAE EVALUACIONES POR MED INTERNA
Enfermedad Actual: PTE DIABETICO, HTA, NEUROPATIA Y NEFROPATIA DIABETICA EL CUAL EVALUADO POR MED INTERNA EL 1/04/2015 EL CUAL AUMENTO INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, EL RESTO LO DEJO IGUAL, EVALUADO POR NEFROLOGIA OPINA ERC ESTADIO 3, SOLICITO EXS LOS CUALES TRAE RESULTADO DE ECO RENAL DEL 28/03/2015 QUE REPORTA NEFROLITIASIS IZQUIERDA E HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, CON PSA DEL 27/03/2015 EN 4,78 AUMENTADA LEVEMENTE Y SE CORRELACIONA CON EL HALLAZGO ECOGRAFICO. TRAE RESULTADO DE GLUCOMETRIAS EN AYUNAS Y ANTES DE COMER, FUERA DE METAS AMBAS, MAL CONTROL BASAL
PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No
Revision por Sistemas
Revision sistemas: LO ANOTADO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL
Antecedentes
Patologicos
Patologicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, AC THIOCTICO 600 MG UNA DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS Y ASA 100 MG DIA.
Tratamiento para Lepra: 0
Quirurgicos
Quirurgicos: COLECISTECTOMIA 2014
Alergicos
Tipo Documento F: CC
Hora: 08:31
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 N36-26
Grupo etnico: MESTIZO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA
REPETIDO EN EL AÑO: SI

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABÉTES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Antecedentes Ginecoobstétricos
Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: No

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 70.50
I.M.C.: 23.02
FC: 70.00
Temperatura: 36.00

Talla (mts): 1.75
TA: 130/80
FR(min): 18.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, SIN CREPITOS SIN RONCUS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA
Abdomen
Abdomen: PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Neurológico
Neurológico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: N40X-HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Dx. Relacionado 1: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Dx. Relacionado 2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) CRONICA, NO ESPECIFICADA
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: ,
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): 1. SE AUMENTA INSULINA GLARGINA 24 UNSD EN LA MAÑANA, RESTO DEL TTO IGUAL
Ayudas paraclínicas solicitadas: NINGUNO UROLOGIA.
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: No
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Especialidades: UROLOGIA
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Dx. Relacionado 3: N189-INSUFICIENCIA RENAL
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
Baciloscopia de Diagnóstico: 0
Recomendaciones y cuidados especiales: SE REMITE A

Remisiones: Si
Por Que?: EVALUACION PRIORITARIA

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si



DR. JUAN ALVARO NUÑEZ DUQUE
CC 71730727
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5230797

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:13/05/2015 04:29 p.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 13/05/2015 04:29 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1493136
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 13/05/2015
Edad: 67 Años
Estado Civil: Casado
Zona: URBANO
Telefono: 5480499-3206219643
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Tipo Documento F: CC
Hora: 16:18
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 N36-26
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: JULIA ROSA RAMIREZ

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: SI

REPETIDO EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: "UNA GRIPA"

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 67 AÑOS, PENSIONADO DEL MAGISTERIO, CON ANTECEDENTE DE DM2 INSULINORREQUIRIENTE, HTA, ERC ESTADIO III Y EPOC QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS CON EXPECTORACION VERDOSA, NIEGA FIEBRE, NIEGA DISNEA U OTROS SINTOMAS. REFIERE QUE LOS SINTOMAS SE EXACERBAN CON EL CLIMA FRIJO. EX FUMADOR PESADO, TIENE ANTECEDENTE ADEMÁS DE EPOC EN MANEJO CON INHALADORES PERO NO LOS USA. AUTOMEDICADO CON ANTIGRIPALES SIN MEJORIA.

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: No

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revisión por Sistemas

Revisión sistemas: REFIERE NAUSEAS HACE UNA SEMANA

Antecedentes

Patológicos

Patológicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, AC THIOCTICO 600 MG UNA DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS Y ASA 100 MG DIA.

Tratamiento para Lepra: 0

Quirúrgicos

Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA 2014

Alergicos

Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Inmunológicos

Inmunológicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

Psiquiátricos

Psiquiátrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD

Toxicos

Toxicos: FUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR

Transfusionales

Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

Traumáticos

Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.

E.T.S.

Venerreas: NO RELATA

Familiares

Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Examen Físico

Estado General

Estado General: Bueno

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso(Klg): 68.00

I.M.C.: 22.20

FC: 96.00

Temperatura: 36.20

Talla (mts): 1.75

TA: 110/70

FR(min): 20.00

Evaluación por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: CONJUNTIVAS ROSADAS ESCLERAS ANICTERICAS PINR SIN LESIONES

ORL

ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS

Cardiopulmonar

Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON CREPITOS EN LA BASE IZQUIERDA SIN OTROS RUIDOS AGREGADOS, SIN CIANOSIS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURACION 94% AMBIENTE

Abdomen

Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR

Genitourinario

Genitourinario: NO SE EVALUA

Extremidades

Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES

Neurologico

Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

Piel y Anexos

Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros

Diagnosticos

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Dx. Principal: J189-NEUMONIA, NO ESPECIFICADA

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

Basiloscopias Ordenadas: 0

Conducta

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:

Medicación (presentación, dosis y tiempo): NINGUNO EN EL MOMENTO HASTA CONTAR CON CREATININA

Ayudas paraclínicas solicitadas: SOLICITO RX DE TORAX, HEMOGRAMA Y CREATININA

Recomendaciones y cuidados especiales: EXPLICO AL PACIENTE DIAGNOSTICO Y MANEJO A SEGUIR, DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, INDICO REALIZAR PARACLINICOS MAÑANA PARA REVISION EL VIERNES A LA 1 PM PARA INICIAR TRATAMIENTO

REQUIERE REVISION

REQUIERE REVISION: Si

Remisiones

DR. formato de remision con informacion completa:

Por Que?: -

Incapacidad

Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

Baciloscopia de Diagnóstico: 0

En cuanto tiempo: CON RESULTADOS

Remisiones: No

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

DR. LUISA MARIA GUTIERREZ VILLEGAS
CC 1037593661
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 05464314

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01HT-DM

Fecha Historia:05/06/2015 08:55 a.m.

Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 05/06/2015 08:55 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS

Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL



No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1506525
Atención: Ambulatorio

Datos Generales

Historia: 3527562
Hora: 08:32
Edad: 67 Años
Estado Civil: Casado
Grupo étnico: MESTIZO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
Dirección: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO

Motivo de la Consulta: VIENE A CONTROL DE PROGRAMA DE ENFERDADES CRONICAS
Enfermedad Actual: PTE DIABETICO DE MUCHOS AÑOS, EN EL MOMENTO EN MANEJO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0.4 MG DIA. SE APLICA LA INSULINA EN LA MAÑANA. TRAE RESULTTADOS DE GLUCOMETRIAS EN AYUNAS EN METAS Y BASAL EN LA NOCHE FUERA DE METAS. TRAE EXS DEL PROGRAMA DEL 29/05/2015.

Control DM: SI

CONTROL MEDICO: SI

Revisión por Sistemas

Alteración memoria: NO

Cefalea: NO

Edema Msis: NO

Disnea: NO

Palpitaciones: NO

Polaquiuria: NO

Precordialgia: NO

Somnolencia: NO

Otros: NO RELATA SINTOMAS DE HIPO NI HIPERGLUCEMIA, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN SDR, SIN CEFALEA, SIN MAREOS, SIN EDEMA EN MSIS.

Fecha: 05/06/2015
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupación: PENSIONADO
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499--3206219643
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: JULIA

REPETIDO EN EL AÑO: SI

Control HTA: SI

Amaurosis fugaz: NO

Claudicación: NO

Frialdad distal: NO

Mareo y/o Vertigo: NO

Perdida de peso: NO

Polidipsia: NO

Sed: NO

Tinnitus: NO

Antecedentes

Hipertension

Tratamiento Actual HTA: ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.

Diabetes Mellitus

Tratamiento Actual DIABETES: INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA

Patológicos

Patológicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.

Quirúrgicos

Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA 2014

Otros Antecedentes

RESULTADOS DE ÚLTIMOS EXAMENES

LDL = CT - TGL/5 - HDL:

Fecha de últimos exámenes: 29/05/2015

k2: 72.00

Peso en kilogramos: 70.00

Fecha Creatinina: 14/05/2015

Colesterol total: 175

K:5: 5

Fecha Toma de HDL: 29/05/2015

Hemoglobina Glicosilada: 8.50

Glucemia: 101

Microalbuminuria: 200.00

Electrocardiograma: NO SE HIZO

Parcial de Orina: 29/05/2015 PROTEINURIA ++, GLUCOSURIA ++...DEP CREATININ CORREGIDA 92 ML/MIN (29/05/2015)

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):

k: 140

edad en años: 67

Creatinina: 1.24

T.F.G.H...: 57

Triglicéridos: 296

HDL: 37

L.D.L.: 78.80

Fecha Hemoglobina Glicosilada: 29/05/2015

Fecha de la Toma de Glucemia Basal: 29/05/2015

Fecha Toma de Microalbuminuria: 29/05/2015

Hemograma: 14/05/2015 LEUCOCITOSIS LEVE, SIN ANEMIA

Examen Físico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso en kilogramos: 70.00

Talla en centímetros: 175

,IMC: 23

Diez mil: 10000

FC: 65.00

Temperatura: 36.00

Fecha del peso: 05/06/2015

Fecha de la talla: 05/06/2015

No cambiar dato = 10000:

TA: 110/70

FR(mln): 20.00

Evaluación por sistemas

Cabeza

Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR

Cuello

Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES

Ojos

Ojos: PINR SIN LESIONES

Fondo de Ojo

Fondo de Ojo: CATARATA INCIPIENTE BILATERALDIFICIL FO, SE APRECIA LESION TIPO MACULA EN EL OD PUPILAR

ORL

DR. JUAN ALVARO NUÑEZ DUQUE
CC 71730727
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 5230797

HISTORIA CLINICA



Código Plantilla:FS-01HT-DM
Fecha Historia:17/09/2015 07:13 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 17/09/2015 07:13 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1542319
Atención: Ambulatorio

Datos Generales

Historia: 3527562
Hora: 07:02
Edad: 67 Años
Estado Civil: Casado
Grupo etnico: MESTIZO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
Direccion: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Fecha: 17/09/2015
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupacion: PENSIONADO
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499-3206219643
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: JULIA RAMIREZ

Datos de la Consulta

PRIMER VEZ EN EL AÑO: NO
Motivo de la Consulta: VIENE A CONTROL DE PROGRAMA DE ENFERDADES CRONICAS
Enfermedad Actual: PTE DIABETICO DE MUCHOS AÑOS, EN EL MOMENTO EN MANEJO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 80 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA. TRAE AUTOMONITOREO DEL LOS ULTIMOS 8 DIAS CON VALORES EN AYUNAS SUPERIORES A 140 Y DESPUES DE COMER MAYORES A 200, LO CUAL NO NO S PERMITE EVIDENCIAR UN CONTROL BASAL. DICE SER PUNTUAL CON LA MEDICACION.
Control HTA: SI
Revisión por Sistemas
Alteracion memoria: NO
Cefalea: NO
Edema Msls: NO
Disnea: NO
Palpitaciones: NO
Polaquiuria: NO
Precordialgia: NO
Somnolencia: NO
Otros: NO RELATA SINTOMAS DE HIPO NI HIPERGLUCEMIA, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN SDR, SIN CEFALEA, SIN MAREOS, SIN EDEMA EN MSIS.

REPETIDO EN EL AÑO: SI
Control DM: SI
CONTROL MEDICO: SI
Amaurosis fugaz: NO
Claudicacion: NO
Frialdad distal: NO
Mareo y/o Vertigo: NO
Pérdida de peso: NO
Polifagia: NO
Sed: NO
Tinnitus: NO

Antecedentes

Hipertension
Tratamiento Actual HTA: ATORVASTATINA 80 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.
Diabetes Mellitus
Tratamiento Actual DIABETES: INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA
Patologicos
Patologicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.
Quirurgicos
Quirurgicos: COLECISTECTOMIA 2014

Otros Antecedentes

RESULTADOS DE ULTIMOS EXAMENES

LDL = CT - TGL/5 - HDL:
Fecha de ultimos examenes: 29/05/2015
k2: 72.00
Peso en kilogramos: 73.00
Fecha Creatinina: 14/05/2015
Colesterol total: 175
K:5: 5
Fecha Toma de HDL: 29/05/2015
Hemoglobina Glicosilada: 8.50
Glucemia: 101
Microalbuminuria: 200.00
Electrocardiograma: NO SE HIZO
Parcial de Orina: 29/05/2015 PROTEINURIA ++, GLUCOSURIA ++...DEP CREATININ CORREGIDA 92 ML/MIN (29/05/2015)

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):
k: 140
edad en años: 67
Creatinina.: 1.24
T.F.G.H.: 60
Triglicéridos: 296
HDL: 37
L.D.L.: 78.80
Fecha Hemoglobina Glicosilada: 29/05/2015
Fecha de la Toma de Glicemia Basal: 29/05/2015
Fecha Toma de Microalbuminuria: 29/05/2015
Hemograma: 14/05/2015 LEUCOCITOSIS LEVE, SIN ANEMIA

Examen Fisico

Signos Vitales y Datos Corporales

Peso en kilogramos: 73.00
Talla en centímetros: 175

Fecha del peso: 17/09/2015
Fecha de la talla: 17/09/2015

,IMC: 24
Diez mil: 10000
FC: 65.00
Temperatura: 36.00

No cambiar dato = 10000:
TA: 160/85
FR(min): 20.00

Evaluación por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
Fondo de Ojo
Fondo de Ojo: CATARATA INCIPIENTE BILATERAL DIFÍCIL FO, SE APRECIA LESION TIPO MACULA EN EL OD PUPILAR
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCRS SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, SIN CREPITOS SIN RONCUS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN INGURGUTACION YUGULAR, SAT O2 93%
Abdomen
Abdomen: PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Antropometría Abdominal
Cintura: 99 Cadera: 93
Relación cintura/cadera: 1
Extremidades
Extremidades: SIN EDEMAS SIN LESIONES
Evaluación de pies
Evaluación Pies: DESCAMACION MARCADA EN LAS PIERNAS, CAMBIO DE CLORACION, NO TENEMOS MONOFILAMENTO NI DIAPAZON
Pulsos: PEDIOS ++ BILATERAL
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros
HTA
De acuerdo a las cifras...: Controlado: NO
No Controlado: SI
Diabetes
De acuerdo a las cifras...: Tipo 1: NO
Tipo 2: SI Controlado: NO
No Controlado: SI
Riesgo Cardiovascular
Riesgo A: NO Riesgo B: NO
Riesgo C: SI
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS: SI
Cuales?: PTE DIABETICO, HTA, CON ERC, EN EL MOMENTO EN MAL CONTROL GLUCEMICO BASAL, FUERA DE METAS EN HBA1C ULTIMO RESULTADO EN 8,5%, FUERA DE METAS EN LIPIDOS, EN METAS DE PESO, EN METAS DE PA, CON PROTEINURIA 1,14 GR/24 HRS DE ORINA DEL 29/05/2015, RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM CORREGIDO ALTO DE 13,5% A 10 AÑOS, CON ESTADDDIO RENAL KDIGO G3a A2 CON TFG 59,8 ML/MIN/1,73 M2
Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Dx. Relacionado 2: N189-INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
Paciente Dx Enf. Mental: No aplica
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): 1. SE AUMENTA INSULINA A 24 UNDS Y SE ADICIONA AMLODIPINO EN LA NOCHE 5 MG2. RESTO DEL TTO IGUAL HASTA 17/12/2015 ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.
Ayudas paraclínicas solicitadas: SE SOLICITA HEMOGRAMA, GLUCEMIA, CREATININA, COLESTEROL, HDL, TGL, PARCIAL DE ORINA Y EKG, HBA1C, MICROALBUMINURIA Y POTASIO
Recomendaciones y cuidados especiales: SE INSISTE EN SER PUNTUAL CON EL TTO, REALIZARSE EXS SOLICITADOS, HACER EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA IDEALMENTE CAMINAR POR LO MENOS DE 30 MINUTOS DIARIOS, BAJAR DE PESO, DIETA BAJA EN GRASA Y FRITOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE AZUCARES Y HARINAS, NO ENDULZAR CON AZUCAR NI PANELA, CONSULTAR EN CASO DE DOLOR PRECORDIAL INTENSO Y CONSTANTE MAYOR A 15 MINUTOS, DIAFORESIS, MAREO, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, CEFALEA INTENSA, VOMITO PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR. Fecha Proxima Cita: 17/12/2015
LAS METAS DE BUEN CONTROL CON EL PACIENTE SON:
PRESION ARTERIAL: 140/90 GLUCEMIA.: 126
HBA1C.: 7 LDL.: 100
PESO: 75 T.F.G...: 90
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
Recuerda el nombre de los medicamentos que consume?

Remisiones: No
FROLOGIA EL 29/07/2013

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

HISTORIA CLINICA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS
MARICALLA

Tipo Documento F: CC
Hora: 15:49
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Dirección: CALLE 29 N36-26
Grupo étnico: MESTIZO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Teléfono Acompañante: 5480499

Antecedentes
Patológicos
Patológicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.
Tratamiento para Lepra: 0
Quirúrgicos
Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA 2014
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunológicos
Immunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiátricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: EXFUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR
Transfusionales

Transfucionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumáticos
Traumáticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Antecedentes Ginecoobstétricos

Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: Si

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 72.00
I.M.C.: 23.51
FC: 64.00
Temperatura: 36.00

Talla (mts): 1.75
TA: 160/80
FR(min): 18.00

Evaluación por sistemas

Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR SATURACION 94 %
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
ojos
Ojos: PINR CON LESIOENS TIPO CATARATAS BILATERALES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRs SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS NO SOBREAEGREGADOS
Abdomen
Abdomen: SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: CON LESIONES TIPO MACULAS EQUIMOTICAS ERITEMATOSAS EN PEIRNAS MUY PRURIGINOSAS EN MBAS PIERNAS
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: SIN LESIONES NI BROTES MUCOSAS HUMEDAS

Otros

Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: I830-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO (CRONICA) (PERIFERICA)
Dx. Relacionado 2: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Dx. Relacionado 3: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO
EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
Basiloscopias Ordenadas: NO
Fecha Toma de Baciloscopia de Diagnóstico: 25/10/2016
Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): BETAMETASONA CREMAN N 1 TUBO APLICAR 1 VEZ CADA NOCHE ASA TAB 100 MG TOMAR 1 CADA DIA N 30
Ayudas paraclínicas solicitadas: HEMOGRAMA COLESTEROL TOTAL COELSTEROL HDL GLUCEMAI TRIGLCIEIRDOSPARCIAL DE ORINA CREATININA HB GLICOSILADA MICROALBUMINURIA RKG
Recomendaciones y cuidados especiales: DIETA BAJA EN SAL EN AZUCARES EN GRASAS EN CONDIMENTOS EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA INGRESO INMEDAITO AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR
REQUIERE REVISION
REQUIERE REVISION: Si
Remisiones
DR. formato de remision con informacion completa:
Por Que?: -
Incapacidad
Incapacidad: No
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I872-INSUFICIENCIA VENOSA
RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:
Baciloscopia de Diagnóstico: 0
En cuanto tiempo: CON EXAMENES
Remisiones: No
Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

DR. JORGE IVAN ZULETA LOPEZ
CC 71726637
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5184399

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: FS-01 HTDM
Fecha Historia: 01/11/2016 04:44 p.m.
Lugar y Fecha: MARINILLA, ANTIOQUIA 01/11/2016 04:44 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1755714
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Historia: 3527562
Fecha: 01/11/2016
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Ocupación: PENSIONADO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
Dirección: CALLE 29 N36-26
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: SI

Tipo Documento F: CC
Hora: 15:58
Edad: 68 Años
Estado Civil: Casado
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Zona: URBANO
Telefono: 5480499-3206219643
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: SI

Datos de la Consulta

Motivo de la Consulta: CONTROL DE DIABETES
Enfermedad Actual: DON ISMAEL, 68 AÑOS DE EDAD, HIPERTENSO Y DIABETICO TIPO II EN CONTROLES HACE 10 AÑOS APROX, ADEMÁS EPOC X TABAQUISMO PESADO 40 PAQUETES AÑO, HASTA HACE 4 AÑOS- NO IAM, NO ECV, NO ERC. POCA ADHERENCIA A LOS CONTROLES, NO ASISTE AL PROGRAMA HACE MÁS DE 1 AÑO Y POR MEDICINA INTERNA DESDE HACE APROX 6 MESES. NO TOMA CUMPLIDAMENTE LOS MEDICAMENTOS, SOLO SE APLICA INSULINA GLARGINA 25 UI PM, CON BUENA TOLERANCIA TRAÉ PARACLINICOS DEL 27.10.2016: HbA1c: 7.8%

Diabetes: SI

HTA: SI

PACIENTE REFERIDO

PACIENTE REFERIDO: NO

Revisión por Sistemas

Alteración memoria: NO

Cefalea: NO

Edema Mts: NO

Disnea: NO

Palpitaciones: NO

Polaquiuria: NO

Precordialgia: NO

Somnolencia: NO

Amaurosis fugaz: NO

Claudicación: NO

Frialdad distal: NO

Mareo y/o Vertigo: NO

Pérdida de peso: NO

Poli-fagia: NO

Sed: NO

Tinnitus: NO

Otros: ASINTOMÁTICO EN EL MOMENTO, NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE, DICE QUE LLEVA DIETA HIPOGLUCIDA Estricta- HIPOSODICA, NO FUMA Y TOMA LICOR MUY OCASIONALMENTE-

Exámenes

TFG = (140 - edad x peso) / (72 x creatinina):

Fecha de últimos exámenes: 26.10.2016

K2: 72.00

Peso en kilogramos: 72.00

Fecha Creatinina: 26/10/2016

Triglicéridos: 761

HDL: 22

L.D.L.: 41.80

Fecha de la Toma de Glicemia Basal: 26/10/2016

Fecha Toma de Microalbuminuria: 26/10/2016

Fecha Hemoglobina Glicosilada: 26/10/2016

Electrocardiograma: 26.10.2016: BRADICARDIA SINUSAL, FC:55 LPM TAZO NORMAL

Hemograma: 26.10.2016: NORMAL Hb:16.9

LDL = CT - TGL/5 - HDL:

K: 140

edad en años: 68

Creatinina.: 1.36

T.F.G.H.: 53

K:5: 5

Colesterol total: 231

Glucemia: 176

Microalbuminuria: 200.00

Hemoglobina Glicosilada: 7.80

Parcial de Orina: 26.10.2016 PROTEINURIA ++, GLUCOSURIA ++.

Antecedentes

HTA

HTA: SI

Tiempo de evolución en años: 10

Tratamiento Actual HTA: ATORVASTATINA 80 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS (NO LO TOMA CUMPLIDAMENTE), ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus: SI

Tiempo de evolución en años: 10

Tratamiento Actual DIABETES: INSULINA GLARGINA 25 UNDS PM

Patológicos

Patológicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.

Quirúrgicos

Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA 2014

Alérgicos

Alérgicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR

Estadio II: NO
No Controlado: NO
Riesgo Cardiovascular
Riesgo A: NO
Riesgo C: SI
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS
EL PACIENTE TIENE COMPLICACIONES AGUDAS O CRONICAS: SI

Controlado: SI

Riesgo B: NO

Cuales ? : ERC

Diagnosticos
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Principal: E109-DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO (PRIMARIA)

Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL

Dx. Relacionado 2: E782-HIPERLIPIDEMIA MIXTA (CRONICA) (PERIFERICA)

Dx. Relacionado 3: I872-INSUFICIENCIA VENOSA

Conducta
DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:
Medicación (presentación, dosis y tiempo): AUMENTO INSULINA GLARGINA 28 UI SC DIAREINICIO MANEJO CON LOSARTAN 50mg
CADA 12 HORAS + ATORVASTATINA 40mg VO CADA NOCHE
Ayudas paraclínicas solicitadas: NO
Recomendaciones y cuidados especiales: LE RECUERDO LA IMPORTANCIA DE LLEVAR LOS 3 PILARES DEL TTO NO FARMACOLÓGICO, EJERCICIO DINAMICO, MINIMO 150 MINUTOS X SEMANA, DIETA BAJA EN GRASAS, HIPOSODICA, HIPOGLUCIDA Estricta Y MANTENER UN ADECUADO PESO PARA LA ESTATURA, VIGILAR APARICION DE DOLOR EN EL PECHO OPRESIVO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, EDMAS PERIFERICOS, CEFALEA INTENSA, SINCOPE O PRESINCOPE.

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES
EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: No

Remisiones
DR. formato de remisión con información completa:
ERC + EPOC
Por Que?: -

Remisiones: - MED INTERNA-. NOV 2016 X DM + HTA +

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos
DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:

DR. JOSE FERNANDO HERRERA URREGO
CC 71317415
Especialidad. PROGRAMA DE DIABETES
Registro. 5-0172-06

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:FS-01 FCE
Fecha Historia:10/01/2017 10:46 a.m.
Lugar y Fecha:MARINILLA,ANTIOQUIA 10/01/2017 10:46 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3527562 ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Administradora: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR Convenio: 019MAGISTERIO Tipo de Usuario: REGIMEN ESPECIAL
No Historia: 3527562 Cons. Historia: 1787792
Atención: Ambulatorio



Datos Generales
Historia: 3527562
Documento: 3527562
Fecha: 10/01/2017
Edad: 68 Años
Estado Civil: Casado
Zona: URBANO
Telefono: 5480499-3206219643
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Ocupacion: PENSIONADO
Regimen: ESPECIAL
Acompañante: JULIA ROSA

Tipo Documento F: CC
Hora: 10:33
Nombre: ISMAEL ANTONIO GOMEZ LLANOS
Sexo: Masculino
Natural de: ANTIOQUIA
Direccion: CALLE 29 N36-26
Grupo etnico: MESTIZO
Nivel Educativo: UNIVERSITARIO
E.A.P.B.: FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR
Convenio: 019MAGISTERIO
Parentesco: ESPOSA

Datos de la Consulta
PRIMER VEZ EN EL AÑO: SI
Motivo de la Consulta: TIENE MUCHO DOLOR EN LOS PIES Y SE ESTA HINCHANDO
Enfermedad Actual: PTE CONOCIDO POR DIABETES E HTA, EN EL MOMENTO EN MANEJO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, ATORVASTATINA 40 MG DIA, INSULINA GLARGINA 25 UNDS EN LA NOCHE, EN OS ULTIMOS DIAS FUE ATENDIDO POR MEDICO PARTICULAR POR DOLOR EN LOS MSIS, SE LE ORDENO PRELUDYO 75 MG CADA 12 HRS Y NEUROBION DC 10.000 CON DX DE POSIBLE NEUROPATIA DIABETICA, AHORA ES TRAIIDO A CONSULTA POR CONSTINUAR CON EL DOLOR EN LOS MSIS Y EDEMA SUBJETIVO, LA ESPOSA RELATA QUE NO SE ESTA REALIZANDO LOS CONTROLES DE AUTOMONITOREO DIARIAMENTE, ULTIMOS VALORES POR ENCIMA DE 280 G/DL. NO FIEBRE, NO VOMITO, TIENE RESULTADOS DE EXS DE NOVIEMBRE DE 2016 QUE REPORTAN MICROALBUMINURIA MAYOR A 2000 MG/DL, PROTEINURIA +++ Y HBA1C EN 7,8% MUUY MAL CONTROL.

PACIENTE REFERIDO
PACIENTE REFERIDO: No
EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO

EL MOTIVO ES UN EVENTO ADVERSO O UNA RECONSULTA DE OTRO SERVICIO: No

Revision por Sistemas
Revision sistemas: LO ANOTADO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Antecedentes
Patologicos
Patologicos: PTE CONOCIDO POR DIABETE, HTA, ERC ESTADIO 3 EN EL MOMENTO EN TTO CON INSULINA GLARGINA 20 UNDS DIA, ATORVASTATINA 40 MG UNA DIA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS, ASA 100 MG DIA, TAMSULOSINA 0,4 MG DIA.
Tratamiento para Lepra: 0
25/10/2016
Quirurgicos
Quirurgicos: COLECISTECTOMIA 2014
Alergicos
Alergicos: NO RELATA ALERGIAS A MEDICAMENTOS COMIDAS O SUSTANCIAS EN PARTICULAR
Inmunologicos
Inmunologicos: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO
Psiquiatricos
Psiquiatrico: NO RELATA TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMO O DEL COMPORTAMIENTO O DE LA PERSONALIDAD
Toxicos
Toxicos: EXFUMADOR DE MEDIO PAQUETE DIA DESDE HACE 35 AÑOS NO LICOR
Transfusionales
Transfusionales: NO RELATA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS
Traumaticos
Traumaticos: NO FRACTURAS-NO LUXACIONES-NO HERIDAS POR ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTES
Hospitalizaciones
Hospitalizaciones: DESCOMPENSACIONES DE LA DIABETES.
E.T.S.
Venereas: NO RELATA
Familiares
Familiares: HERMANA CARDIOPATIA DIABETES HERMANA Y MADRE

Antecedentes Ginecoobstetricos
Planifica
Planifica: No
vida sexual
vida sexual: Si

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Signos Vitales y Datos Corporales
Peso(Klg): 70.00
I.M.C.: 22.86
FC: 74.00
Temperatura: 36.00

Talla (mts): 1.75
TA: 120/80
FR(min): 19.00

Evaluacion por sistemas
Cabeza
Cabeza: SIN PATOLOGIAS SIN LESIONES SIN DOLOR
Cuello
Cuello: SIN MASAS NI ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES
Ojos
Ojos: PINR SIN LESIONES
ORL
ORL: OIDOS CON TIMPANOS NORMALES BOCA NORMAL MUCOSAS HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiorespiratorio: RSCSRs SIN SOPLOS PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, SIN CREPITOS SIN RONCUS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA
Abdomen
Abdomen: PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO Y DEPRESIBLE, SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN DOLOR
Genitourinario
Genitourinario: NO SE EVALUA
Extremidades
Extremidades: SE APRECIA EDEMA EN AMBAS RODILLAS CON POSIBLE DERRAME ARTICULAR EN LA RODILLA DERECHA, SIN ERITEMA, CON DLOR A LA PALPACION, SE APRECIA EDEMA EN EL PIE DERECHO, NO SE LOGRA PALPAR PULSO PEDIO, CON DOLOR Y LLENADO CAPILAR MUY LENTO, CON SIGNO DE HOMANN NEGATIVO PARA TVP, SE APRECIA VARICES CEAP 3 EN MID SIN ULCERAS, SIN FLEBITIS, DOLOR A LA PALPACION EN AMBOS PIES, LO DESCRIBE COMO URENTE, SIN ANESTESIA, CON DISESTESIA.
Neurologico
Neurologico: CONCIENTE COLABORADOR ORIENTADO EN 3 ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: MUCOSA ORAL SECA CON LENGUA BABURRAL
Otros
Otros: EN MI OPINION ES UN PTE DIABETICO E HTA CONOCIDO POR SU POCO COMPROMSIO CON SU CONTROL, CON EXS RECIENTES QUE MUESTARN UNA PROTEINURIA IMPORTANTE, CON SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE POSIBLE NEUROPATIA DE ORIGEN DIABETICO, SE DEBE DESCARATAR POSIBILIDAD DE HIPERURICEMIA Y POSIBLE COMPORMISO ARTERIAL DE MSIS, SE DA ORDEN DE HOSPITALIZACION PARA ESTUDIOS Y MANEJO DE SU PATOLOGIA DE BASE POR POSIBLE DIABETES DESCOMPENSADA. LA FAMILIA DESEA MANEJO EN UNA INSTITUCION CON MAYOR RECURSOS POR LO CUAL SOLICITAN REMISION PARA ELLOS ENTRATRLRO POR URGENCIAS DE INSTITUCION DE MAYOR COMPLEJIDAD.
Diagnosticos

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: NO APLICA

Dx. Principal: G590-MONONEUROPATIA DIABETICA (E10-E14? COMO CUARTO CARACTER COMUN .4)

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Dx. Relacionado 1: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Dx. Relacionado 3: N189-INSUFICIENCIA RENAL

Dx. Relacionado 2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
CRONICA, NO ESPECIFICADA

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO

RECUERDE SOLICITAR BACILOSCOPIAS SERIADAS:

EL PACIENTE ES SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

Baciloscopia de Diagnóstico: 0

Baciloscopias Ordenadas: ,

Conducta

Medicación (presentación, dosis y tiempo): SE DA

DR. Recuerde acogerse a las guías de manejo:

Recomendaciones y cuidados especiales: SE DA

REMISION

Ayudas paraclínicas solicitadas: SE DA REMISION

REMISION

REQUIERE REVISION

REQUIERE REVISION: Si

Remisiones: Si

Remisiones

DR. formato de remision con informacion completa:

Por Que?: -

Incapacidad

Incapacidad: No

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

EL PACIENTE MUESTRA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Si

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos

Se le da a conocer al paciente sus Deberes y Derechos: Si

DR. Recordarle al paciente sus Deberes y Derchos:



DR. JUAN ALVARO NUÑEZ DUQUE
CC 71730727
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 5230797

JUZGADO QUINTO DE FAMILIA DE ORALIDAD DE MEDELLIN
TRASLADO SECRETARIAL
ARTICULO 110 DEL C.G.P.

Se fija este Aviso por un (1) día, hoy, 27 de enero de 2022

PROCESO: UNIÓN MARITAL DE HECHO

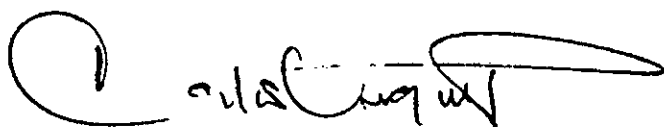
DEMANDANTE: ÁNGELA MARÍA GIRALDO GALVIS

DEMANDADO: HEREDEROS DE ISMAEL ANTONIO GÓMEZ LLANO

RADICADO: 05001-31-10-005-2018-00625-00

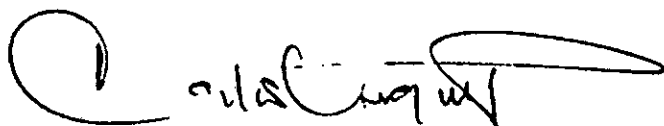
ASUNTO: De conformidad con lo estatuido por el numeral 1° del artículo 101 del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 110 ídem., **MANTÉNGASE EN LA SECRETARÍA DEL DESPACHO POR EL TÉRMINO DE TRES (3) DÍAS, LOS ESCRITOS CONTENTIVOS DE EXCEPCIÓN PREVIA**, instaurados por la parte demandada.

INICIO: Fijado el día 27 de enero de 2022, a las 8 a.m.



CARLOS HUMBERTO VERGARA AGUDELO
Secretario

VENCIMIENTO: Desfijado el 27 de enero de 2022, a las 5 p.m.



CARLOS HUMBERTO VERGARA AGUDELO
Secretario