

**JUZGADO NOVENO DE FAMILIA DE ORALIDAD
CIRCUITO JUDICIAL DE CALI**

j09fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co



Proceso: ADJUDICACIÓN JUDICIAL DE APOYOS
RADIC.: 2023-00321
DEMANDANTE: ALONSO CARRILLO BERNAL
DEMANDADO: ARACELLY CARRILLO BERNAL

FIJACION EN LISTA Y TRASLADO # 10

Dando cumplimiento a lo dispuesto en el el Art. 110 C.G.P., y en concordancia con el art.277 C.G.P., se corre traslado por el término de TRES (3) días, del informe de la visita practicada por la asistente social del despacho, visible en el cuaderno principal del proceso.

El presente traslado se fija hoy VEINTISEIS (26) de Abril de dos mil veinticuatro (2024) siendo las ocho de la mañana (8:00 a. m.).

VENCE: 2 de mayo de 2024 – 05:00 p.m.

NATALIA CATALINA OSORIO CAMPUZANO

Secretaria

JUZGADO NOVENO DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CALI

1. GENERALES DEL INFORME:

Radicación: 2023-00321 PROCESO: Nombramiento Apoyo Judicial
NOMBRES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD ARACELLY CARRILLO BERNAL CC. #31.835.877 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO Cali, 29 de diciembre de 1956 (68 años)
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Hogar Geriátrico "Fundación Nuevo Amanecer" – Calle 17 A #6N-39 Barrio Nueva Granda - Cali. Cel.300-6923212 Correo electrónico: fundacionamanecer613@gmail.com
PERSONA QUE PROVEE LA INFORMACIÓN Maribel Mosquera Zúñiga. C.C.No.66.713.930 (Fundadora y Directora Geriátrico)
PETITORIO DE LA AUTORIDAD JUDICIAL: Mediante Providencia del treinta (31) de Enero de 2024, ordena: <i>"Quinto...realizará visita domiciliaria a la PDECL (...), sobre la cual se está solicitando la Adjudicación Judicial de Apoyos, con el fin de establecer la garantía de sus derechos, las condiciones de tenencia y cuidado de la misma, la necesidad y tipo de apoyo solicitado, y quién podría brindarlo."</i>
TÉCNICAS UTILIZADAS: Visita al Hogar Geriátrico, entrevista "Semi-estructurada" a la Directora del Geriátrico, observación directa y revisión de documentos soporte contenidos en el expediente relacionados con lo requerido.

2. RESPUESTA AL PETITORIO DE LA AUTORIDAD:

Se dará respuesta al petitorio así:

2.1 "...La Garantía De Sus Derechos, Las Condiciones De Tenencia y Cuidado De La Misma:

La Señora A.C.B., desde hace quince (15) años vive como residente en el Hogar Geriátrico "Fundación Nuevo Amanecer". La Institución Geriátrica presta sus servicios desde hace dieciséis (16) años, son una residencia que prestan servicios de enfermería, alimentación y cuidado del adulto mayor, cumplen con todos los requisitos de la Secretaria de Salud Pública para su funcionamiento y se encuentran afiliados a la Asociación de Hogares Geriátricos.

Su servicio está orientado en la atención de patologías mentales tales como: "Esquizofrenias" y "Demencia Seniles" entre otras.

La planta de personal que atiende y desarrolla las actividades respectivas en las áreas dispuestas para ello debidamente dotadas son: dos (2) Profesionales de Enfermería, en el horario del día y en la noche otra, más la directora de la Institución de profesión Enfermera.

Ofrecen los servicios de servicio de aseo al cuarto, lavado de ropa, la preparación de los alimentos (desayuno, almuerzo, cena y medias tardes y medias nueve), el servicio de enfermería como soporte a la labor de cuidado (Baño, alimentación, suministro de medicamentos).

El área administrativa cuenta con personal de mantenimiento de las instalaciones con dos (2) personas de servicios generales (una en Cocina y una en Manteniéndote de la Institución). El plan de alimentación está diseñado manteniendo el balance nutricional general apropiado para los residentes.

El Geriátrico se encuentra ubicado en un sector residencial de la ciudad, es muy tranquilo, con cercanía a Centros Comerciales como Chipichape, Clínica Fátima y Remedios. Se accede al sitio mediante vehículo particular y público. Las vías son pavimentadas y tienen el deterioro del tiempo.

Tiene el apoyo para atención de los residentes de estudiantes de la Universidad Libre de la Carrera de Enfermería Superior, quienes asisten a cubrir un currículo de formación referente actividades de Terapia Ocupacional y Lúdica, bajo la dirección de la docente de practica después del mes de marzo de cada año.

Los residentes tienen su servicio de "Home Care" en la institución por parte de su entidad de salud, es decir les visitan el médico, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional si es el caso.

La mensualidad que se paga para el cuidado y tenencia de la Señora A.C.B., en el Hogar Geriátrico "Fundación Nuevo Amanecer" incluye: el servicio de aseo al cuarto, lavado de ropa, la preparación de los alimentos (desayuno, almuerzo, cena y medias tardes y medias nueve), el servicio de enfermería como soporte a la labor de cuidado (acompañamiento en el baño, alimentación, suministro de medicamentos. Dentro de lo anterior, se procura mantener su estabilidad dado su Diagnóstico de "Esquizofrenia Indiferenciada".

Además, se incluyen actividades de Terapia Ocupacional y Terapia Lúdica (pintar, jugar domino, jugar parques, ver películas y karaokes).

Refirió que el Hermano Alonso Carrillo Bernal, es quien paga cumplidamente los costos de cuidado y estadía de ella, que son de un millón de pesos mensuales (\$1.000.000).

La rutina de cuidado de A.C.B., es: levantarse a las 6:30 a.m., bañarse y recibir a las 7:30 a.m., el desayuno. Refiere ella hace las cosas cuando ella quiere, es decir cuando se realizan las actividades de terapia ocupacional, baila, canta y pinta, pero solamente si lo desea. Siendo las 12:00 p.m., ella almuerza a las 12:00 del día y luego hace una siesta hasta los 2:30 p.m., luego se levanta y conversa con sus compañeros, les cuenta historias siempre que la señora A.C.B., quiera hacerlo. Luego va y se sienta en el balcón a escuchar música o va si se acuesta de nuevo indicando que no quiere hablar con nadie. Come a las 5:00 p.m., y se acuesta a las 7:00 p.m.

Indicó que la Señora A.C.B., por sí misma asume sus rutinas de autocuidado diario en su respectivo querer, solamente se debe estar pendiente de que las haga.

En caso que la Señora A.C.B., presente una emergencia médica, se activa una ruta de atención inmediatamente. Esta "Ruta" consiste llamar inmediatamente al familiar responsable y efectuar el desplazamiento a la Clínica.

En cuanto a los medicamentos, deben dársele con los alimentos y sin que se dé cuenta, por lo que se le suministran en los jugos, dado que no recibe medicamentos.

En cuanto al estado actual de salud de la Señora A.C.B., refieren se encuentra bien por el momento de su salud física, no obstante, con relación a su capacidad de mental refieren que no se encuentra bien, pero en algunos momentos presenta periodos de lucidez, su Diagnóstico es "Esquizofrenia Indiferenciada".

Se le debe hacer seguimiento en todas sus actividades de auto cuidado (baño, comidas entre otras) diarias para que ella las realice, respetando su deseo para ello, por su condición mental es una persona que no sigue las indicaciones que se le dan. se desplaza por si sólo y posee ubicación espacial respecto de su entorno. El Sistema de Salud con el que tiene cobertura es la "EPS Emsanar".

RED DE APOYO FAMILIAR:

Conforme a la entrevista practicada a la Directora del Geriátrico, es el Hermano de la Señora Aracelly Carrillo Bernal, el Señor ALONSO CARRILLO BERNAL, quien le visita frecuentemente y figura como responsable de los asuntos administrativos que deban manejarse respecto del cuidado y tenencia.

3. "... La necesidad y tipo de apoyo solicitado"

La necesidad de la Señora Aracelly Carrillo Bernal para que se le nombre una persona "**de Apoyo Judicial**", radica en que es una persona con Diagnóstico de "**Esquizofrenia Indiferenciada**" **no concomitante con otras patologías**. Este diagnóstico fue emitido por Profesional Médico Especialista.

Así las cosas, el tipo de apoyo requerido está en función de que la persona nombrada como "APOYO JUDICIAL" pueda realizar por ella: trámites ante entidades, administrar

sus ingresos, hacer valer decisiones en favor de su mayor bienestar en general, hacer valer decisiones en contra de acciones que constituyan detrimento de sus derechos y bienestar personal, al igual que derechos patrimoniales, salvaguardar derechos a una calidad de vida digna en el día a día, entre otros.

Lo anterior, por cuanto **es completamente dependiente de otros en el día a día dado su condición mental de carácter deteriorante y poder así mantener sus rutinas de cuidado personal, cuidado de su salud y satisfacción de sus necesidades primarias.**

4. "... y quién podría brindarlo"

Lo referido por el Enfermera Maribel Mosquera Zúñiga (Propietaria) de la Institución Geriátrica que atendió la visita, es que el Hermano de la Señora A.C.B., Señor ALONSO CARRILLO BERNAL, hasta el momento han dado muestra de responsabilidad y cumplimiento ante la institución respecto del cuidado y tenencia de su Hermana, siendo Él quien está al tanto de lo que se requiera en cuanto a lo económico y demás recursos. Por tanto, sería la persona llamada a nombrársele en tal sentido, no obstante, a criterio jurídico del Despacho conforme al desarrollo de trámite procesal.

5. CONCLUSIÓN

Dado que la Señora ARACELLY CARRILLO BERNAL, presenta un *ESTADO DE SALUD IRREVERSIBLE CON TENDENCIA A DETERIORARSE EN EL TIEMPO, CONFORME EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD*, se sugiere respetuosamente se le nombre una persona como **"Apoyo Judicial permanente"**, en pro de garantizarle que tenga la mejor calidad de vida posible, acorde con su condición de salud mental actual y a futuro.

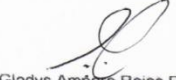
Sus necesidades básicas en el momento se encuentran cubiertas por el cuidado y protección que le proveen en la Institución "Hogar Geriátrico Fundación Nuevo Amanecer".

Nota: Las conclusiones que se formulan en el presente informe, son el resultado del caso que nos ocupa, se refieren únicamente y exclusivamente a las condiciones y situaciones que existían en el momento de practicarse, y por ello, los resultados no pueden extrapolarse a otras circunstancias o condiciones ambientales o situacionales. Por esta razón, en caso de producirse variación sustancial o modificación de tales circunstancias, convendría una nueva evaluación y efectuar un nuevo análisis. Este informe no se constituye en una valoración o evaluación psicológica para tal efecto debe direccionarse la solicitud respectiva a la entidad estatal que funge como apoyo a la justicia o profesional idóneo en la materia.

Todos los medios e instrumentos utilizados para recolectar la información al igual que los registros fotográficos aportados con el informe, se obtuvieron previa autorización de las personas involucradas durante el desarrollo de la visita.

HASTA AQUÍ EL INFORME

Informe Elaborado por:



Gladys Amparo Rojas Ruiz

Psicóloga Lic. SSP 2270
Mg. Psicología Clínica
Especialista en Derecho de Familia y Psicología Jurídica y Forense
Asistente Social Grado 1
Juzgado Noveno de Familia de Oralidad de Cali

ANEXOS

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA VISITA EFECTUADA AL HOGAR GERIATRICO DONDE SE ENCUENTRA
BAJO CUIDADO ARACELLY CARRILLO BERNAL – ESPACIO HABITACIONAL Y OTROS ESPACIOS DE
DESARROLLO DE SU RUTINA DIARIA.**



1.- La vista desde la puerta de entra a la habitación, permite observar el espacio habitacional de A.C.B., la habitación posee el mobiliario básico, un cama, una closet para guardar sus pertenencias como ropa. El cuarto posee una adecuada iluminación natural y es aireado.

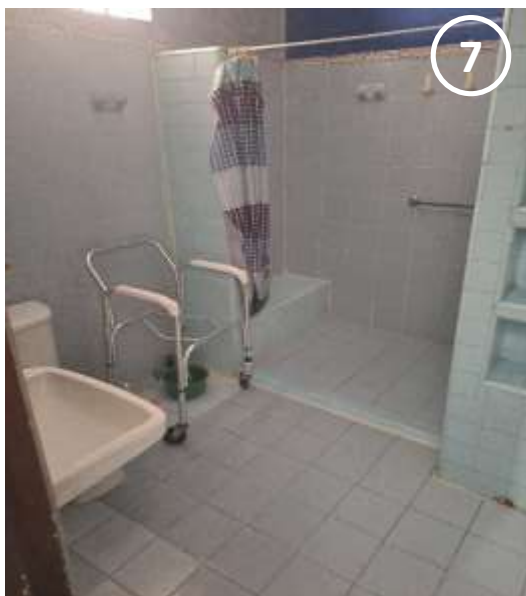
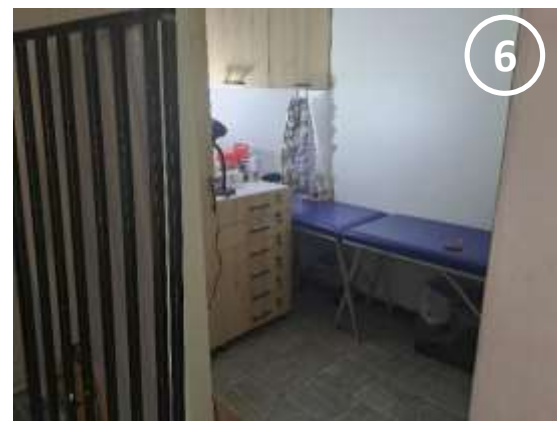
La persona que se observa sentada en la cama es la Señora A.C.B., por lo general solamente establece contacto social cuando ella desea, algo propio de la enfermedad que padece, donde el funcionamiento social es probe.

2.- 3.- En la siguientes fotografías obsérvese la sala de televisión y el balcón, dos espacios comunes que la Señora A.C.B., utiliza en su rutina diaria.

Todos los anteriores, ubicados en segundo piso de la casa.



REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA VISITA EFECTUADA AL HOGAR GERIÁTRICO DONDE SE ENCUENTRA BAJO CUIDADO ARECELLY CARRILLO BERNAL – ESPACIOS DE USO COMÚN



4.- 5.- y 6.- En la tres primeras fotografías de izquierda a derecha: el portal de ingreso a la Institución Geriátrica (casa de puerta café, lado izquierdo - fotografía 1), la recepción Administrativa y el Área de Enfermería.

Se observa que todos estos espacios están limpios, a demás de que poseen adecuada ventilación y iluminación natural, la edificación evidencia que recibe mantenimiento adecuado, no se observan las paredes desgatadas. obsérvese la amplitud de los espacios. El orden y disposición de los mismos.

7.- Seguidamente una fotografía del cuarto de baño. Obsérvese tiene barandas para el apoyo durante el baño y es amplio. Al interior de la edificación también existen barandas empotradas en las paredes que facilitan el desplazamiento de los residentes. Todo lo anterior, para evitar caídas a nivel u otro tipo de accidentes de riesgo locativo al interior de la edificación.

Todas las zonas externas y comunes mantienen libres de obstáculos y se observa que se les hace mantenimiento tanto a la edificación como al área de jardín.

Valido como Concepto Sanitario

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIA	MMDS01.03.06.18.P06.F27	
		VERSIÓN	2
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	21/ago/2015

Fecha de visita	Día	Mes	Año	Hora de la Visita
	25	Agosto	2013	

Acta de visita N°:	D- 47190
--------------------	----------

CGIV. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			
Nombre del establecimiento: fundacion Nuevo Amanecer			
Razón social: fundacion Nuevo Amanecer			
N° de Nit: 900214336-3	Matrícula Mercantil N°: 9739-50		
Dirección: Calle 17 A # 6N-39	Barrio / Vereda: General	Comuna: 2	
Teléfonos: 3061807	Celular: 3006923212		
Correo electrónico: mmusgoery369@gmail.com			
N° de empleados: 4	Area del local según uso del suelo: 200m2	N° de pisos:	
Actividad autorizada en el uso del suelo: fundación			
Actividad desarrollada: fundación			
Tipo de sujeto: fundación		Código sujeto:	
Tipo de visita:	Inspección	Vigilancia	Control
			Queja y/u otros

CCV. INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL			
Representante Legal: fundacion Nuevo Amanecer			
C.C	C.E	N°: 900214336-3	Teléfono: 3061807
Correo electrónico: fundacionnuevoamanecer@hotmail.com			

CCVI. OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN

se realizó visita a IUC observando buenas condiciones Higiénico local y sanitario, buenas áreas libres de L.O PH 7.0 Buena limpieza y desinfección

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	21/ago/2015
------------------------------------	-------------

Nota: Las observaciones y requerimientos registrados en la parte posterior, son parte constitutiva de la presente acta

Acta de visita N°:	
D-	47190
CCVII. REQUERIMIENTOS DESCRIPCION	
condiciones cumple para su funcionamiento.	

CCVIII. RESULTADOS DE LA VISITA

117. VISITA ANTERIOR

Concepto de la anterior visita fue:	Favorable ☒	Desfavorable ☐
-------------------------------------	--	------------------------------------

¿Se establecieron plazos para la ejecución de requerimientos?	Si	No
---	----	----

¿Se dispuso de un plan de mejoramiento?	Si	No
---	----	----

118. VISITA ACTUAL

Concepto de la visita es:	Favorable	☒	Desfavorable
---------------------------	-----------	-------------------------------------	--------------

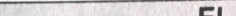
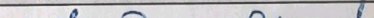
¿Requiere de un plan de mejoramiento?	Si	No
---------------------------------------	----	----

CL: 1.0 PH: 7.0

Los requerimientos de la presente Acta constituyen una obligación legal al tenor de lo dispuesto en la Ley 9 de 1979 y Ley 1801 de 2016.

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos, le ha sido otorgado un plazo de () días hábiles contados a partir de la presente notificación. HOY: Día: ____ Mes: ____ Año: ____, se notifica personalmente al (a) Señor (a): _____ de _____

LA PRESENTE ACTA Y QUIEN ENTERADO(A) DE SU CONTENIDO FIRMA DE CONFORMIDAD COMO CONSTANCIA

EL NOTIFICADO		EL NOTIFICADOR	
Nombre:		Nombre:	
C.C.:	38 012 315.	C.C.:	38 861 566
Cargo:		Cargo:	Tratado A salud
Firma:		Firma:	

FUNCIONARIO(S) QUE PRACTICÓ(ARON) LA VISITA		DIRECCIÓN DE LA OFICINA O LUGAR QUE REALIZÓ LA VISITA
Nombre:	los Dany pasaje.	Av 7N + 462-30 el bosque
Nombre:		
Nombre:		



Dr. José Luis Gamboa R.

Médico y Cirujano - Univalle
Especialista en Medicina Familiar
Atención Médica Domiciliaria

Fecha: Julio 14 2023 Documento: _____

Nombre: Aroelly Comilla Edad: 66A

R/

1- Doxiciclina caps 100 + 10
Teev 1 capsula c/12 horas
por 5 días

2- CLINDAMICINA crema vaginal + 1
Aplicar en las noches intravaginal
por 7 días

José Luis Gamboa R.
Médico Familiar
T.P. 6470/88
[Signature]

Celular: ☎ 318 463 5077

✉ joseluisgamboarosas@yahoo.com

📷 @drjoseluisgamboarosas 📺 Jose Luis Gamboa Rosas



Dr. José Luis Gamboa R.

Médico y Cirujano - Univalle
Especialista en Medicina Familiar
Atención Médica Domiciliaria

Fecha: JUL 14 / 2023 Documento: 31835077

Nombre: ATACELY CARRILLO B Edad: 66 A

R/ Resolución H. Clínica

2: Sangrado vaginal

4: Hace 8 días nota sangrado vaginal
fétido. Muestra otros síntomas

8: Buzofrenia.

Dislipidemia.

anorexia: Levonorgestrel 200g

56: Poco colobredona.

TA: 110/70 FC: 70 PR: 16x SaO2: 95%

CLP: Normal

AHA: BIP.

GU: No colobredona

Do ① Hemorragia vaginal post-menopáusia
② vaginitis

PH: - Etoposida transvaginal
- Atrofia vaginal

- Frotis vaginal

- Doxiciclina 100 mg VO c/12h x 5d

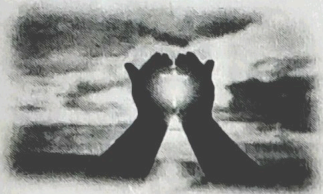
- Clotrimazol cr. vaginal 10d

Celular: 318 463 5077

✉ joseluisgamboarosas@yahoo.com

📷 @drjoseluisgamboarosas 📺 Jose Luis Gamboa Rosas

José Luis Gamboa R.
Médico Familiar
T.P. 6170188



**FUNDACION
NUEVO AMANECER**

09/03/2023

AQUIEN PUEDA INTERESARLE

Que la señora: Aracely Carrillo Bernal, identificada con cedula: 31.835.877 de Buga-valle, se encuentra en la fundación nuevo amanecer cumpliendo un tratamiento médico psiquiátrico con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada la cual ingresa el 13/09/2008 hasta la fecha

Atentamente,

**FUNDACION
NUEVO AMANECER**
NIT 900.214.336-3
TEL 3006323212 - 306 1807

Maribel Mosquera Z.
Directora administrativa.

Pereira, Junio 13 DE 2023

SEÑORES :

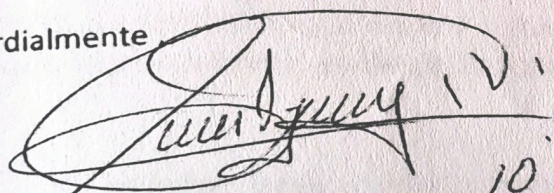
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

YO, GUSTAVO ADOLFO JIMENEZ PARRA identificado con la cedula de ciudadanía 10.198.830, en condición de progenitor de MARIA CAMILA JIMENEZ VALENCIA cedula de ciudadanía 1.111.758.378 .

Autoriza a la Sra. MARIBEL MOSQUERA identificada con cedula No. 66.713.390 representante legal de la fundación NUEVO AMANECER con Nit .99214336-3 ubicada en la cra 66b # 6-68barrio EL LIMONAR , TELEFONO CELULAR 30069232212 , para que le sea entregada en las instalaciones del centro medico la paciente MARIA CAMILA JIMENEZ VALENCIA .

De antemano agradezco la atención prestada

Cordialmente



Gustavo Adolfo Jiménez Parra

Celular 3175462927

10.198.830

814 6559025

HOGAR

Fundación Gerontológica

NUEVO AMANECER

NIT. 900214336-3

Calle SE # 42 A 15

Tel.: 5536318

FUNDACION NUEVO AMANECER

ESTUDIO SOCIAL PARA SOLICITUD SERVICIOS ASISTENCIALES

Fecha de Ingreso SEPTiembre - 13-08

PENSION _____ MEDIA PENSION _____ S. GENERAL _____ CENTRO DIA _____

I. ASPECTOS DE IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos: ARACALI carrillo bernal

Identificación C.C N°.: 31835877

Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes Dic Año 1956

Estado Civil: Soltero ☒ Casado _____ U. Libre _____ Separado _____ Viudo _____

Dirección Residencial: Km 4 D N 52 A 88 Nueva Salamina

Estudios Realizados: Primaria ☒ Secundaria _____ Univ. _____ Ninguno _____

II. ASPECTO SOCIO ECOMOMICOS

Ocupación Anterior: _____

Dependiente _____ Independiente _____ Jubilado _____ Hogar _____

Cuántas personas viven con usted: _____

Cual es el valor del aporte: _____

III. RELACIONES FAMILIARES.

Nombre y Apellidos del Cónyuge: _____

Dirección: _____ Teléfono y/o celular _____

Tia: 4473505 - 3713021

Ocupación Anterior: _____

Dependiente _____ Independiente _____ Jubilado _____ Hogar _____

Con quién vive usted: SOLO _____ FAMILIA _____ PARIENTES _____ AMIGOS _____

Su relación familiar es: BUENA _____ ACEPTABLE _____ MALA _____

Cual es el problema familiar que frecuentemente tiene: _____

Le gustaría vivir solo: SI _____ NO _____ POR QUE? _____

Con cual persona de su familia se siente mejor: _____

Dirección _____ Teléfono y/o celular _____

IV. DATOS DE ACUDIENTES, FAMILIARES O AMIGOS CERCANOS:

Nombres y Apellidos: FANNY Bernal de carrillo

Dirección: Km 40 N 52 A 88 Teléfono y/o celular 447 4832

Parentesco: MAMA Empleado: DEPENDIENTE _____ INDEPENDIENTE _____

Nombre de la empresa: _____ Teléfono y/o celular _____

Nombres y Apellidos: Gustavo carrillo

Dirección: _____ Teléfono y/o celular 55413761

Parentesco: hermano Empleado: DEPENDIENTE _____ INDEPENDIENTE _____

Nombre de la empresa: _____ Teléfono y/o celular _____

Nombres y Apellidos: Diego carrillo

Dirección: _____ Teléfono y/o celular 3375757

Parentesco: hermano Empleado: DEPENDIENTE _____ INDEPENDIENTE _____

Nombre de la empresa: _____ Teléfono y/o celular _____

V. ASPECTOS GENERALES DE SALUD

ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS			
Se baña:	SOLO _____	CON AYUDA _____	TOTALMENTE AYUDADO _____
Se viste:	SOLO _____	CON AYUDA _____	TOTALMENTE AYUDADO _____
Se Alimenta:	SOLO _____	CON AYUDA _____	TOTALMENTE AYUDADO _____

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			
ORIENTACIÓN:	BUENA _____	REGULAR _____	MALA _____
MEMORIA:	BUENA _____	REGULAR _____	MALA _____
CALCULO:	BUENA _____	REGULAR _____	MALA _____

ENFERMEDADES QUE PRESENTA
Enfermedad: _____

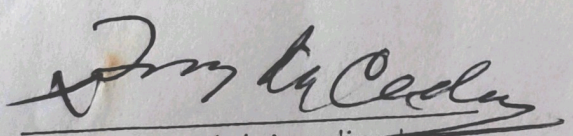
Medicina que debe tomar: _____

Presenta algún impedimento? _____

CLAUSULA DE COMPROMISO

Con base a las anteriores informaciones solicitamos a El Hogar Del Anciano "Luz de Esperanza", los servicios para el Sr. (a) _____
Que comprénde alimentación, alojamiento, lavandería y asistencia del paciente Residente o Centro día; que no sean técnicos, ni profesionales comprometiéndonos a pagar una tarifa de: _____

_____ \$ _____
los primeros cinco (5) días de cada mes; correspondientes a la pensión o cuota por servicios. Los servicios tales como: Médicos, Cirugía, Farmacéuticos y de Laboratorio, dietas o complementos vitamínicos. Etc., que se le presenten al paciente residente o de centro día, no quedan incorporados dentro de la pensión o cuota mensual y estos serán cargados en cuota y serán cancelados por el familiar o acudiente dentro de los plazos que tengan fijados o fije el Hogar del Anciano Esperanza y Fe y nos sometemos a los reajustes de tarifas que fueron oportunamente notificados, el Paciente residente o de centro día cumplirá con todas las reglas que señale el reglamento interno y en caso contrario nos comprometemos a "retirarlo" inmediatamente se nos requiera para ello.


Firma del Acudiente

Firma del Residente

DECIMA CUARTA CLAUSULA

La institución debe tener en su poder plantillas, certificados y todo lo relacionado con la atención médica del paciente. En caso de una urgencia, cuidados intensivos o fallecimiento (servicios exequiales o seguro que cubra todo esto).

DECIMA QUINTA CLAUSULA

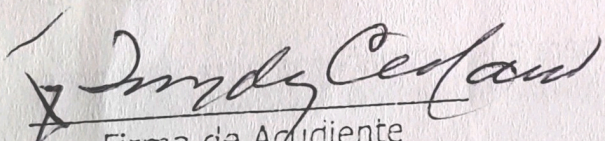
Cuando el residente reciba visitas dentro de la institución deben atenderlas en la sala indicada o dentro de los espacios comunes. No en las habitaciones, ya que estas son compartidas y no se debe incomodar al compañero.

DECIMA SEXTA CLAUSULA

Incremento del Costo: Este se incrementara cuando el paciente cambie su estado mental (cuando requiera de ayuda, vigilancia o trato diferente al pactado). De otra forma solo al cumplirse los doce meses, este tendrá un incremento de acuerdo a la variación de tarifas anuales.

DECIMA SEPTIMA CLAUSULA

ÉTICA Y MORAL: Con el fin de conservar las normas de comportamiento y respeto entre residentes, los residentes deben salir de su cuarto con vestido adecuado para interactuar con sus compañeros y personal de la institución.


Firma de Residente

Firma de Acudiente

SEPTIMA CLAUSULA

Utensilios de uso personal: El paciente residente al ingresar a la institución debe traer consigo su cama, organizador de ropa de tamaño pequeño, ropa de cama (sábanas, cobijas, almohadas, toallas de baño, si se requiere pañal desechable y un protector de colchón impermeable plástico, vasesillas o pato, si desea traer loza para uso personal).

OCTAVA CLAUSULA

Los utensilios de uso personal deber ser suministrados por el paciente, familiar o acudiente (shampoo, jabón de baño, loción, papel higiénico etc.), pañales desechables (si los requiere).

NOVENA CLAUSULA

Ayudar Ortopédicas: Si el paciente requiere ayudas como boñón, muletas, sillas de ruedas, cama hospitalaria, etc., deben ser traídas pues son de uso personal. Igualmente la carga de oxígeno en caso de ser requerido. El equipo lo suministrara la institución.

DECIMA CLAUSULA

El residente o paciente que se encuentre valido (sin impedimentos para desplazarse), podrá salir de la institución bajo su total responsabilidad y/o la de su acudiente. Siendo otras las circunstancias deberán notificar a la institución su libre desplazamiento y responsabilidad haciéndolo saber con anterioridad (por visitas a familiares, visitas médicas, paseos, viajes etc.). La Institución solo se hace responsable de los ciudadanos y seguridad del residente dentro del plantel.

DECIMA PRIMERA CLAUSULA

Motivo del retiro:

- ✓ Habiendo cumplido el paciente y/o acudiente con los requisitos de estado mental, este presenta alguna alteración afección el "Hogar del Anciano Luz de Esperanza" le reintegrara al paciente a su familia o acudiente inmediatamente.
- ✓ La continuidad en el pago no cumplido dentro de los términos fijados por la institución.
- ✓ La incompatibilidad, la agresión y falta de respeto para sus compañeros y trabajadores de la institución.

DECIMA SEGUNDA CLUSULA

En caso de retiro voluntario del paciente o familiar acudiente antes de la fecha de cumplimiento del contrato, la institución, no hace devolución por ninguna cantidad de dinero.

DECIMA TERCERA CLAUSULA

Visitas: Estas tendrán sus días y horas acordadas con el fin de no interrumpir labores de rutina.

Días: Miércoles, Viernes, Sábados y Domingos

Horas: Mañana con excepciones – Tarde 2:00 a 5:00 P.m.

RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL



RED DE SALUD DE LADERA - ESE
NIT 805.027.289-9

Cra 24A Nro 4 - 08 Barrio Miraflores - TELS: PBX (2) 6080124 - FAX: - MAIL:
 Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Miércoles, 19-Jun-2019

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Pág. 1 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 31835877 **CC 31835877** **CARRILLO ARACELLY** **Fem, 62 Años**
 Regimen: Vinculado Empresa: Santiago de Cali - Secretaría de salud pública municipal - Nivel: Nivel 0 Numero de afiliación:
 Etnia: Blanco, Residencia: NOO - Teléfono: 0, Barrio: Siloé (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 20, Zona: Red De Servicios E.S.E. Ladera - Municipio: [76001]
 Santiago de Cali
 En caso de urgencia avisar a: N (N) - Dirección: N - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 19-Jun-2019 07:27 am: 62 Años
 Id: 5216889

MOTIVO DE CONSULTA

" SIENTO QUE ME DESAMAYO"

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRTA DE APACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS CON ANTECEDENTES DE
 ESQUIZOFRENIA SIN TRATAMIENTO DESDE HACE 1 AÑO ACUDE POR
 PRESENTAR DISMINUCION DE LA FUERZA DEL HEMICUERPO Y SENSACION
 DE DESMAYO .

ANT. FAMILIARES

NEGATIVO

ANT. PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANT. QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANT. HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANT. TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANT. FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANT. INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANT. GINECOLÓGICOS

Partos vaginales: --, Cesáreas: --, Abortos: --, Gravidez: --, Ectópicos: --,
 Niños vivos: 0, Nacidos muertos: 0, Ultimo parto: --, Menarca: 0, Ciclo
 rutinario: --, Duración del ciclo: --, Menopausia: --, Inicio sexual: 0,
 Compañeros sexuales: 1, Embarazada: NO, Ultimo periodo: --, Edad
 gestacional: --, Fecha probable de parto: --, Colposcopias: NO, Leucorrea:
 NO, Historia de infertilidad: NO, Ultima citología: --, Resultado citología: --
 Otras observaciones: NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

REVISIÓN POR SISTEMA

Respiratorio: NORMAL
 Cardiovascular: NORMAL
 Digestivo: NORMAL
 Genito-urinario: NORMAL
 Endocrino: NORMAL
 Hematopoyético: NORMAL
 Osteo-muscular: NORMAL
 Nervioso: NORMAL
 Psicológico: NORMAL

MAT

Aborto hab./infertilidad: NO Retención placentaria: NO Neonatos > 4000
 grs.: NO Neonatos < 2500 grs.: NO
 HTA en embarazo: NO Emb. múltiple/Cesárea: NO Mortinato/Muerte
 neonat.: NO Parto prolongado/difícil: NO

** SEGURIDAD DEL PACIENTE - ESCALA DE RIEGO DE CAIDAS MORSE / ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE **

CAIDAS PREVIAS: 0. No

** CLASIFICACION DEL GRUPOETNICO / Definición del Grupo **

Grupos: 4. Mestizo (Indígena + Blanco)

** SEGURIDAD DEL PACIENTE - ESCALA DE RIEGO DE CAIDAS MORSE / ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE **

COMORBILIDADES: 0. No

AYUDA PARA DEAMBULAR: 0. Ninguna/Reposo en cama/Asistencia

VENOCLISIS: 0. No

ESTADO MENTAL: 0.Reconoce sus Limitaciones

CLASIFICACION DEL RIESGO: 0.00 RIESGO BAJO

PROFESIONAL: [3401] (MED) GODOY MONTILLA YERIKA CAROLINA -
 Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS
 [7600100308] C.S. SILOE

****Evolución del 19-Jun-2019 07:23 am: 62 Años**

Id: 8745814

EVOLUCIÓN

A FEBRIL HIDRATADO EUPNEICO CARDIOPULMONAR ESTABLE
 MUCOSAS HUMEDAS, AMIGDALAS EUTROFICAS., FARINGUE NORMAL
 TORAX SIMETRICO NORMOCONFIGURADO NORMOEXPANSIBLE SIN
 AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOLPLO
 LESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS,
 NORMOREACTIVAS A LA LUZ. ORL MUCOSA ORAL HUMEDA, NO EXUDADOS
 AMIGDALINOS, NO HIPERTROFIA AMIGDALINA, SIN ESCURRIMIENTO
 POSTERIOR, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL.
 ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, NO MEGALIAS, NO

Dra. Yerika Godoy
 Médica Cirujana
 R.M: 668.232



RED DE SALUD DE LADERA - ESE
NIT 805.027.289-9

Cra 24A Nro 4 - 08 Barrio Miraflores - TELS: PBX (2) 6080124 - FAX: . - MAIL:
Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Miércoles, 19-Jun-2019

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Pág. 2 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 31835877

CC 31835877

CARRILLO ARACELLY

Fem, 62 Años

EVOLUCIÓN

DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,
PERISTALTISMO PRESENTE.

SINTOMATICOS RESPIRATORIOS / CLASIFICACIÓN

¿ Presenta tos por mas de 15 dias ? : No

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: EN COMPAÑIA DE LAHIJA POCO COLABORADORA
DESALINADA

Frec. cardiaca: 62, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 60.0
Kgs., Talla: 156 cms., IMC: 24.65 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,
Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 117 / 79 (Optima / TA Media: 91), Acostado: --,
de a: --, Cúbito Lat.Izq.: --

RIESGO CANCER DE CERVIX. / TAMIZAJE CANCER DE CUELLO UTERINO

26- Evaluación del cáncer de cervix.: 2- No.

86.1 FECHA TOMA DE VPH:

87- Fecha de toma de muestra para citología cervico uterina.:

RIESGO CANCER DE CERVIX. / COLPOSCOPIA

91- Fecha de toma de muestra para colposcopia.:

93 - Resultado:

RIESGO CANCER DE CERVIX. / BIOPSIA CERVICAL

93- Fecha toma de muestra para biopsia cervical.:

ESTADIO CANCER CERVICAL: (T__ N__ M__)

RIESGO CANCER DE CERVIX. / OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

NORMAL

ABDOMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINA

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVI

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULA

NORMAL

L

NORMAL

ADADO MENTAL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010395901-CPS-13493046

Principal de consulta: [F209] ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA -

Impresión diagnóstica

Servicio de egreso: 1205 Consulta prioritaria

En internación

No se hicieron Remisiones

CONCILIACION MEDICAMENTOSA / JUSTIFICACION MEDICAMENTOSA

DESCRIBA LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE:

CONDUCTA A SEGUIR

LEVOMEPROMAZINA

SS HEMOGRAMA CREATININA TGO TGP UROANALISI NA K GLICEMIA

UREA

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALRMA EN CASO DE ECV

SEGUIMIENTO POR PSIQUIATREIA

DEMANDA INDUCIDA A PROGRAMAS / CAPTACION DE PACIENTES A FOMENTO DE LA SALUD (PYP) DESDE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA

NTS101- SELECCIONE EL PROGRAMA A REMITIR SEGUN GRUPO ETAREO

1. NO APLICA PARA PROGRAMAS

JUSTIFICACION:

NOTA ACLARATORIA / Informacion para los Medicos Internos

DATOS DEL MEDICO INTERNO: (Medico Interno y Universidad)

MAT

CONDICIONES ASOCIADAS

Qx. ginecológica previa / ectópico: NO Enfermedad renal crónica: NO

Diabetes gestacional: NO

Diabetes mellitus: NO

Enfermedad cardiaca: NO

Enfermedad infecciosa aguda: NO

Enfermedad autoinmune: NO

Anemia (Hb < 10g/L): NO

EMBARAZO ACTUAL

Hemorragia 20 semanas o menos: NO Vaginal > 20 semanas: NO

Embarazo prolongado (42 semanas): NO

Hipertensión arterial: NO

Ruptura prematura de membrana: NO

Polihidramnios: NO

Retardo de crecimiento intrauterino: NO Embarazo multiple: NO

Mala presentación: NO

Isoinmunización RH: NO

RIESGO PSICOSOCIAL

Tensión emocional: NO

Humor depresivo: NO

Síntomas neurovegetativos: NO

SOPORTE FAMILIAR Y/O DEL COMPAÑERO

Comparte el tiempo: --

Comparte el espacio: --

Comparte el dinero: --

CONTROL PRENATAL

Edad gestacional: 0

Frecuencia cardiaca fetal: 0

Presentación fetal: --

Movimientos fetales: NO

Valoración del cuello uterino: NO

Edemas: NO

Monitoreo fetal electrónico: NO

RIESGO SINTOMATICO RESPIRATORIO / SINTOMATICO RESPIRATORIO

Dra. Yerika Godoy
Médica Cirujana
R M: 668.232



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	31835877
NOMBRES	ARACELLY
APELLIDOS	CARRILLO BERNAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. -CM	SUBSIDIADO	05/03/2003	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:

11/25/2020
10:37:36

Estación de
origen:

200.29.117.35

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=tju7SXcyIIVC3Y4zrdGXg==



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
ANEXO TÉCNICO No. 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de solicitud 000116653

Fecha: 2019-Jun-19

Hora: 07:35

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre RED DE SALUD DE LADERA - ESE

Código 760010395901

Teléfono PBX (2) 6080124

Dirección prestador Cra 24A Nro 4 - 08 Barrio Miraflores

Departamento VALLE DEL CAUCA [76]

Municipio Santiago de Cali [001]

NIT ☒
CC ☐

805.027.289-9
Número DV

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

Nombre Santiago de Cali - Secretaría de salud pública municipal

Código 76001

DATOS DEL USUARIO

1er apellido CARRILLO

2do apellido (No tiene)

1er nombre ARACELLY

2do nombre (No tiene)

Tipo de documento de identificación

☐ Registro civil

☐ Tarjeta de identidad

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin identificación

☐ Menor sin identificación

☐ Número único de identificación

Número de documento de identificación 31835877

Fecha de nacimiento 1956-Dic-29

Dirección de residencia habitual NOO

Departamento

VALLE DEL CAUCA [76]

Municipio Santiago de Cali [001]

Cultura en salud

Teléfono 0

☐ Régimen contributivo

☐ Régimen subsidiado - parcial

☐ Población pobre no asegurada sin SISBEN

☐ Plan adicional de salud
☐ Otro

☐ Régimen subsidiado - total

☒ Población pobre no asegurada con SISBEN

☐ Desplazado

INFORME DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

☒ Enfermedad general

☐ Enfermedad profesional

☐ Accidente de trabajo

☐ Accidente de tránsito

☐ Evento catastrófico

Tipo de servicios solicitados

☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

☒ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria

☒ No prioritaria

Ubicación del paciente al momento de solicitar la autorización

☒ Consulta externa

☐ Hospitalización

Servicio Consulta prioritaria

Cama

☐ Urgencias

CUPS Cantidad Descripción

890484 1 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Justificación clínica SE TRTA DE APCIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA SIN TRATAMIENTO DESDE HACE 1 AÑO ACUD
POR PRESENTAR DISMINUCION DE LA FUERZA DEL HEMICUERPO Y SENSACION DE DESMAYO .

Impresión diagnóstica CIE-10 Descripción
Diagnóstico principal F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA
Diagnóstico relacionado 1
Diagnóstico relacionado 2
Diagnóstico relacionado 3

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre Yerika Carolina Godoy Montilla

Cargo Medico General

Teléfono PBX (2) 6080124

Dra. Yerika Godoy
Médica Cirujana
R M: 668.232

R-FAST 8.7e

[IPS_ESTACION11 # ps_estacion11]

coles, 19 de junio de 2019, 07:36:16 a.m.



RED DE SALUD DE LADERA - ESE
NIT 805.027.289-9

Cra 24A Nro 4 - 08 Barrio Miraflores - TELS: PBX (2) 6080124 - FAX: . - MAIL:
Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Miércoles, 19-Jun-2019

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Pág. 3 de 3

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 31835877

CC 31835877

CARRILLO ARACELLY

Fem, 62 Años

RIESGO SINTOMATICO RESPIRATORIO / SINTOMATICO RESPIRATORIO

Orden médica: 760010395901-OMED-3577025, 19-Jun-2019

- UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+
- HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA]
- COLESTEROL TOTAL
- TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]
- TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]
- TRIGLICERIDOS
- UREA+
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- ANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA.

Orden médica: 760010395901-OMED-3577028, 19-Jun-2019

- Levomepromazina Tableta 25 mg, TABLETA CON O SIN RE, #60, ORAL, 2 TAB EN LA NOCHE

Orden médica: 760010395901-OMED-3577033, 19-Jun-2019

- ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA 100 MG, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, 1 DIARIA EN EL ALMUERZO

Documento de venta asociado

CPS-13493046

Vinculado: Santiago de Cali - Secretaría de salud pública municipal

PROFESIONAL: [3401] (MED) GODOY MONTILLA YERIKA CAROLINA -
Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS
[7600100308] C.S. SILOE


Dra. Yerika Godoy
Médica Cirujana
R M: 668.232



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.

1/1

Lugar Prescripción: Santiago de Cali (Valle del Cauca)

Nombre del paciente: VILLAREJO GUTIERREZ CARLOS ALVEIRO

Dirección: VEREDA TIMBIO LA CUMBRE

Tipo Paciente: Subsidiado

Area Solicitante: SERV. AMB. - CONSULTA ESPECIALIZADA PSIQUIATRICA

Entidad: MEDIMAS EPS S.A.S

Diagnostico: ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

FORMULA MEDICA

Fecha Prescripción: jueves, 07 febrero 2019

Folio 439

Identificación: 000000016757275

Edad: 50 Años \ 4 Meses \ 20 Días

Teléfono: 315926235 No. Historia clínica: 16757275

Fecha Ingreso: 07/02/2019 08:50:53 a.m.

Ingreso: 0000522690

Medicamento

MEDICAMENTOS

VALPROICO ACIDO X 250 MG TAB

Cantidad

Aplicabilidad

Plan

Pos

90 Noventa

11

1

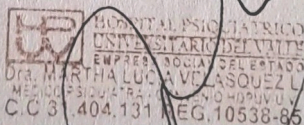
SI

Concentración CAP

Forma Farmaceuta CAPSULA

ACIDO VALPROICO X 250MG: 1 CÁPSULA CADA 8 HORAS. 90 TAB PARA UN MES Y 360 PARA 4 MESES

Periodo Duración en Dias: 30



Medico
Registro Médico
Especialidad I

MARTHA LUCIA VELASQUEZ LASPRILLA
10538/85
PSIQUIATRÍA

FUNDACIÓN NUEVO AMANECER
EVOLUCIÓN



Datos generales

Fecha de registro:

14/06/18

Nombre:

Aroally Carrillo Bernal (61 años)

Motivo de consulta:

Evolución.

Diagnóstico: Esquizofrenia Indiferenciada. Historia de consumo de SPA.

Análisis (examen mental):

Afecto hostil, ansiosa, discurso irrelevante, logorréica, no presenta alucinaciones, pero presenta delirios referenciales y ~~relatos~~ de influencia.

Cambios en plan de manejo:

Ninguno.

Observaciones:

Discurso gira entorno a su imposibilidad de amar, lo cual utiliza como justificación para delirios referenciales (hacia la hija y hacia cuidadora) y también para el delirio de influencia (dice que su madre la maldijo y la hizo perder un bebé). Parece haber cuadro residual, dificultad para indagar origen.

Firma del entrevistador

Stephanía Hernández

C.C. 1107.508.412

FUNDACIÓN NUEVO AMANECER
EVOLUCIÓN



Datos generales

Fecha de registro:

28/06/18

Nombre:

Araully Emilio Bernal (62 años)

Motivo de consulta:

Evolución

Diagnóstico: Esquizofrenia Indiferenciada / Consumo de SPA.

Análisis (examen mental):

Afecto plano, discurso irrelevante, logorrea, presencia delirios de grandiosidad, referenciales, de persecución.

Cambios en plan de manejo:

No entrevistar.

Observaciones:

Se evidenció cuadro demencial, donde persiste el desorden de pensamiento y la ansiedad expansiva.

No hay ~~no~~ posibilidades de una óptima entrevista.

Firma del entrevistador

Stephania Hernández

C.C.

IV. INFORMACION FAMILIAR:

Nombre y Apellidos del Cónyuge: _____ Teléfono y/o Celular: _____
Dirección: _____ Parientes: _____ Amigos: _____
Con quien vive usted: Solo: _____ Familia: _____ Aceptable: _____ Mala: _____
Su relación familiar es: Buena: _____
Cuál es el problema familiar que frecuentemente tiene: _____
Con cual persona de su familia se siente mejor: _____
Dirección: _____ Teléfono y/o Celular: _____

V. INFORMACION DE ACUDIENTES, FAMILIARES O AMIGOS CERCANOS:

Nombres y Apellidos: Fanny Bernal de Carrillo
Dirección: Kr 40 # 52 A 88 Teléfono y/o Celular: 447 48 32
Parentesco: Madre Empleado: Dependiente: _____ Independiente: _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono y/o Celular: _____

Nombres y Apellidos: Gustavo Carrillo
Dirección: _____ Teléfono y/o Celular: 554 37 61

Parentesco: _____ Empleado: Dependiente: _____ Independiente: _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono y/o Celular: _____

Nombres y Apellidos: Diego Carrillo
Dirección: _____ Teléfono y/o Celular: 337 57 57

Parentesco: hermano Empleado: Dependiente: _____ Independiente: _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono y/o Celular: _____